

Aprendamos salud en tiempos de pandemia

María José *Crespillo Caro*, Claudia *Bernabéu Álvarez* (tutora)
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla (Sevilla, España)

Correspondencia: maarycrespillocaro@gmail.com (María José Crespillo Caro)

Resumen

Introducción: En los últimos años, la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles ha ido aumentando, relacionándose con el crecimiento exponencial de las cifras de obesidad, el estilo de vida sedentario predominante en la sociedad y la reciente pandemia que azota al mundo desde 2020. Diversos estudios señalan cómo estos son considerados factores de riesgo para la hospitalización, ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y fallecimiento por la COVID-19. Objetivo: Adaptación de un programa de Educación para la Salud virtual, destinado a la población adulta general y con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, promoviendo la alimentación saludable y la actividad física, reduciendo la morbimortalidad, previniendo la enfermedad y promocionando la salud. Metodología: Participación en un programa de Educación para la Salud virtual sobre hábitos de vida saludables constituido por 6 sesiones de 60 minutos. Las variables de estudio serán el nivel de conocimientos adquiridos, la concienciación de los beneficios de los hábitos de vida saludables y la modificación de conductas con la puesta en práctica de lo aprendido. Conclusiones: Se prevé la adquisición de hábitos de vida saludable, dejando al margen aquellas conductas no beneficiosas para la salud, de forma que disminuya la probabilidad de aparición o progresión de enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida. Además, el desarrollo de las TICs, junto con la familiarización de los profesionales sanitarios con ellas durante la pandemia, ofrece la oportunidad de llevar a cabo esta novedosa iniciativa: impartir y recibir formación en salud desde casa.

Palabras clave: Conducta Sedentaria. Educación para la Salud. Enfermedad crónica. Estilo de Vida Saludable. Obesidad. Realidad Virtual. Sobrepeso.

Learn health in times of pandemic

Abstract

Introduction: During the last year, the impact and continuity of non-communicable chronic diseases have been increasing. This fact, can be related to an exponential growth of overweight/obese population in the world, a sedentary lifestyle and the current pandemic the world has been suffering since 2020. Different studies point at these factors as a main cause for hospital admissions, admissions in intensive care and the numbers of fatalities due to COVID-19. Objectives: Design a health program to educate adult people and people suffering from any non-communicable chronic diseases encouraging them to adapt a healthy lifestyle by having a healthy diet and physical activity in order to reduce the morbidity and mortality and to prevent the risk of starting suffering from the disease. Methodology: The intervention involves participating in a virtual health education program on healthy lifestyle habits consisting of 6 sessions of 60 minutes. Study variables will be the level of knowledge gained, awareness of the benefits of healthy lifestyle habits and behavior modification with the implementation of what has been learned. Conclusions: The implementation of this programme provides for the acquisition of healthy lifestyle habits, leaving aside, replacing or displacing those behaviors that are not beneficial to health, in such a way as to decrease the likelihood of the onset or progression of chronic lifestyle-related diseases. In addition, the development of ICT and digital platforms together with the familiarization of healthcare professionals with them during the pandemic offers the opportunity to carry out this new initiative: to deliver and receive health training from home.

Keywords: Sedentary Behavior. Health Education. Chronic Disease. Healthy Lifestyle. Obesity. Virtual Reality. Overweight.

**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA.**

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.



TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA.

TRABAJO FIN DE GRADO.

Título: APRENDAMOS SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA.

LEARN HEALTH IN TIMES OF PANDEMIC.

Alumna: MARÍA JOSÉ CRESPILLO CARO.

Tutora: CLAUDIA BERNABÉU ÁLVAREZ.

Sevilla, a 3 de junio de 2021.



Dña. Claudia Bernabéu Álvarez, profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla

ACREDITA QUE:

El Trabajo Fin de Grado titulado “**Aprendamos salud en tiempos de pandemia**”, realizado por Doña M.^a José Crespillo Caro, reúne las condiciones exigibles para su presentación y defensa pública.

Sevilla, a 3 de junio de 2021.

El/la tutor/a

**BERNABEU
ALVAREZ,
CLAUDIA
(AUTENTICA
CIÓN)** Firmado
digitalmente por
BERNABEU
ALVAREZ, CLAUDIA
(AUTENTICACIÓN)
Fecha: 2021.06.03
18:20:17 +02'00'

Fdo. Claudia Bernabéu Álvarez

**COMISIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA POR LA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

RESUMEN

Introducción: En los últimos años, la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles ha ido aumentando, lo cual se ha relacionado con el crecimiento exponencial de las cifras de obesidad a nivel mundial, el estilo de vida sedentario predominante en la sociedad y la reciente pandemia que azota al mundo desde 2020. Diversos estudios señalan cómo estos son considerados factores de riesgo para la hospitalización, ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y fallecimiento por la COVID-19. **Objetivo:** Diseñar un programa de Educación para la Salud destinado a la población adulta general y población con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, promoviendo la alimentación saludable y la actividad física, reduciendo la morbimortalidad, previniendo la enfermedad y promocionando la salud. **Metodología:** La intervención consiste en la participación en un programa de Educación para la Salud virtual sobre hábitos de vida saludables constituido por 6 sesiones de 60 minutos. Las variables de estudio serán el nivel de conocimientos adquiridos, la concienciación de los beneficios de los hábitos de vida saludables y la modificación de conductas con la puesta en práctica de lo aprendido. **Conclusiones:** Con la puesta en marcha de este programa se prevé la adquisición de hábitos de vida saludable, dejando al margen, sustituyendo o desplazando aquellas conductas no beneficiosas para la salud, de forma que disminuya la probabilidad de aparición o progresión de enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida. Además, el desarrollo de las TICs y plataformas digitales, junto con la familiarización de los profesionales sanitarios con ellas durante la pandemia, ofrece la oportunidad de llevar a cabo esta novedosa iniciativa: impartir y recibir formación en salud desde casa.

Palabras claves: Conducta Sedentaria; Educación para la Salud; Enfermedad crónica; Estilo de Vida Saludable; Obesidad; Realidad Virtual; Sobrepeso.

ABSTRACT

Introduction: During the last year, the impact and continuity of non-communicable chronic diseases have been increasing. This fact, can be related to an exponential growth of overweight/obese population in the world, a sedentary lifestyle and the current pandemia the world has been suffering since 2020. Different studies point at these factors as a main cause for hospital admissions, admissions in intensive care and the numbers of fatalities due to COVID-19. **Objetives:** Design a health program to educate adult people and people suffering from any non-communicable chronic diseases encouraging them to adapt a healthy lifestyle by having a healthy diet and physical activity in order to reduce the morbidity and mortality and to prevent the risk of starting suffering from the disease. **Methodology:** The intervention involves participating in a virtual health education program on healthy lifestyle habits consisting of 6 sessions of 60 minutes. Study variables will be the level of knowledge gained, awareness of the benefits of healthy lifestyle habits and behavior modification with the implementation of what has been learned. **Conclusions:** The implementation of this programme provides for the acquisition of healthy lifestyle habits, leaving aside, replacing or displacing those behaviors that are not beneficial to health, in such a way as to decrease the likelihood of the onset or progression of chronic lifestyle-related diseases. In addition, the development of ICT and digital platforms together with the familiarization of healthcare professionals with them during the pandemic offers the opportunity to carry out this new initiative: to deliver and receive health training from home.

Key words: Sedentary Behavior; Health Education; Chronic Disease; Healthy Lifestyle; Obesity; Virtual Reality; Overweight.

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.ANTECEDENTES.....	1
1.2.MARCO TEÓRICO.....	7
1.3.JUSTIFICACIÓN.....	12
2. OBJETIVOS.....	13
2.1.OBJETIVO GENERAL.....	13
2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3. METODOLOGÍA.....	13
3.1.DISEÑO.....	13
3.2.VALORACIÓN INICIAL.....	14
3.3.SESIONES DEL TALLER GRUPAL.....	15
3.4.SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL TALLER.....	22
3.5.EVALUACIÓN.....	23
3.5.1. INDICADORES DE RESULTADOS.....	23
3.5.2. INDICADORES DE PROCESO.....	24
3.5.3. INDICADORES DEL APRENDIZAJE.....	24
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	24
5. REFLEXIONES FINALES. CONCLUSIONES.....	25
6. BIBLIOGRAFÍA.....	26
7. ANEXOS.....	29
7.1. ANEXO 1. Cuestionario pretest.....	29
7.2. ANEXO 2. Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea.....	30
7.3. ANEXO 3. Cuestionario internacional de actividad física.....	31
7.4. ANEXO 4. Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol: versión entrevista.....	33
7.5. ANEXO 5. Dinámica mito/verdad.....	34
7.6. ANEXO 6. Patologías y factores de riesgo.....	35
7.7. ANEXO 7. Registro de comidas.....	36
7.8. ANEXO 8. Método del plato.....	37
7.9. ANEXO 9. Mural de alimentos para relacionar con función, aporte, etc.....	38
7.10. ANEXO 10. Lectura de etiqueta nutricional.....	39
7.11. ANEXO 11. Encuesta de satisfacción.....	40

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. ANTECEDENTES.

En las últimas cuatro décadas, la humanidad ha pasado por tres pandemias de gran relevancia que se ha llevado consigo muchas muertes: el aumento de la prevalencia y la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, la enfermedad por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) y, actualmente, la pandemia por la COVID-19¹.

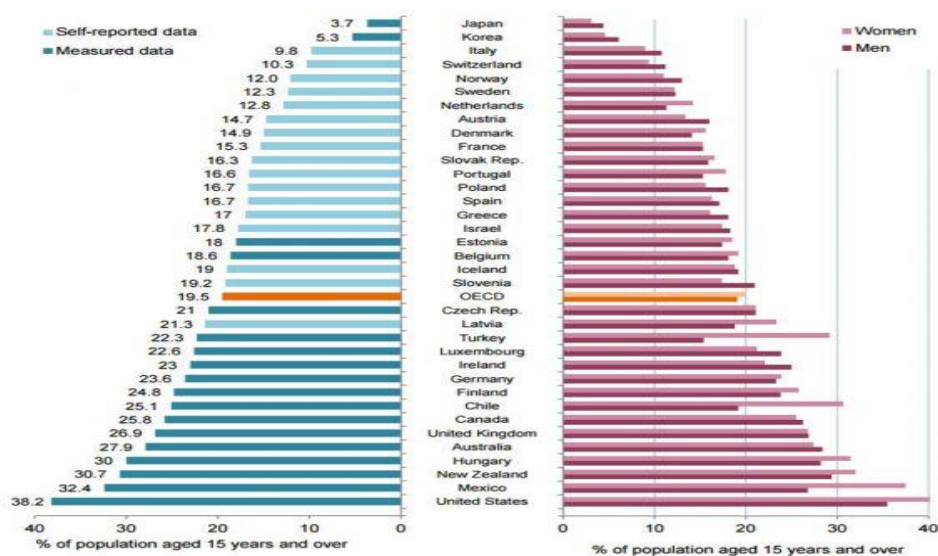
Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son consideradas en la actualidad, uno de los mayores retos a los que tienen que hacer frente los Sistemas de Salud a nivel mundial. Las estadísticas anunciadas en los Anuarios Estadísticos de Salud y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son alarmantes y preocupantes. La morbilidad y mortalidad por ECNT aumenta prácticamente por años, no solo por el envejecimiento poblacional al aumentar la esperanza de vida, sino, también, en edades muy activas de la vida¹.

Dentro de estas ECNT podemos hablar, por ejemplo, de la obesidad, considerada una enfermedad desde el año 2013 por la Asociación Médica Americana (AMA) y siendo, a su vez (y aquí es donde radica el peligro), un factor de riesgo o predisponente para el desarrollo de otras que engloban este grupo, como son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias, el cáncer, el hipercolesterolemia, etc².

Hay artículos que consideran a la obesidad una pandemia (de hecho, muchos se refieren a ella como “histórica epidemia: la obesidad”) y alegan que es una enfermedad que lleva instaurada en nuestra sociedad unos 60 años, mientras que esta hace caso omiso a la misma: “el problema es tan progresivo, que no nos damos cuenta. Como sociedad, estamos engordando, pero es tan lento que no somos conscientes y la tendencia no se detiene” explica el Dr. Jaume Marrugat³. La obesidad sigue aumentando año tras año desde 1975 y sus cifras han ido subiendo hasta triplicarse en todo el mundo. Hace ya tiempo que se produjo un hecho inesperado que se mantiene hoy en día: son más las personas que mueren por problemas ligados al sobrepeso y a la obesidad que de hambre, convirtiéndose esto, en uno de los principales problemas del siglo XXI. Cada año mueren 2,8 millones de personas por enfermedades relacionadas con la obesidad.⁴

A nivel mundial, en 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso (39% de la población mundial), de los cuales más de 650 millones eran obesos, es decir, un 13% de la población mundial (11% de hombres y un 15% de mujeres). El número de menores de 5 años con sobrepeso ha aumentado cerca de un 50% desde el año 2000. En 2016, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos, correspondiendo cerca de la mitad de los mismos al continente asiático. Por otro lado, en cuanto a los niños y adolescentes (de 5 a 19 años), había más de 340 millones de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad. Siguiendo esta línea, los datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad en este rango de edad aumenta de forma espectacular, del 4% en 1975 a más del 18% en 2016, equiparándose en ambos sexos: un

18% en niñas y un 19% en niños con sobrepeso en 2016. En 2016, eran 124 millones los niños y adolescentes que presentaban obesidad (6% niñas y 8% niños), frente a menos del 1% en 1975.⁴



Nota. Extraído del Informe actualización sobre la obesidad 2017 (datos analizados hasta 2015). Ranking de países de la OCDE con mayor tasa de obesidad.⁴

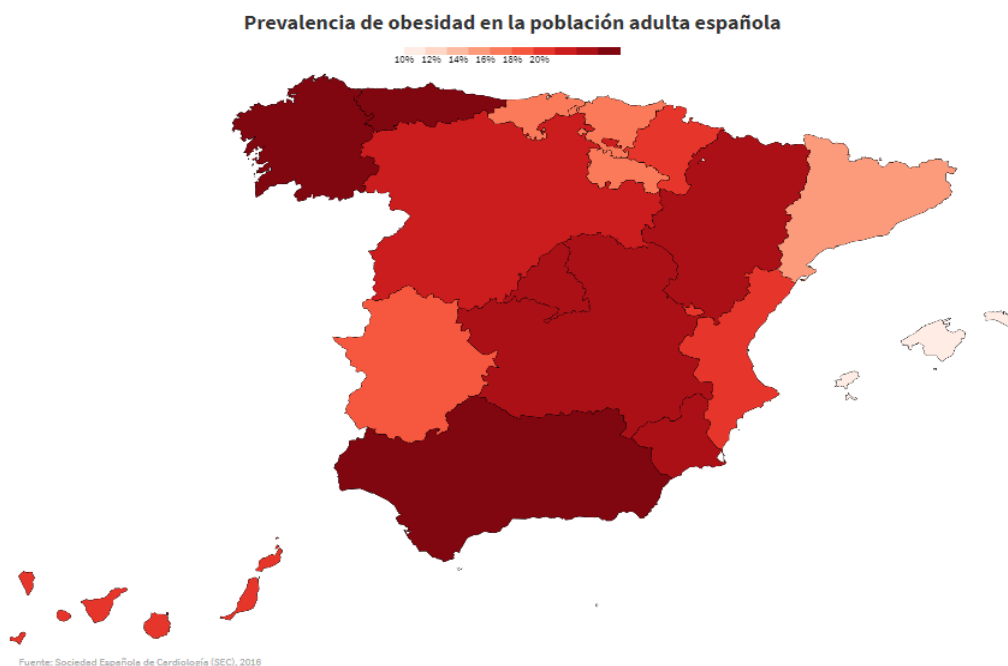
La tasa media de sobrepeso y obesidad de los países de la OCDE se identifica en un 19,5% de la población adulta y un 17% de la población infantil. Se prevé que siga en continuo crecimiento al menos hasta el año 2030. Para 2025 un quinto de los hombres (18%) y de las mujeres (21%) serán obesos⁵.

Si nos basamos en el informe *The Heavy Burden of Obesity* elaborado por la OCDE en 2019, en cuanto a los datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad de 52 países, ordenados en rankings de mayor a menor prevalencia, España ocupa la 18ª posición en el rango de mayores de 15 años con sobrepeso y obesidad, siendo la prevalencia igual a 61,6% (si solo se consideran los países de la Unión Europea, España ocuparía la 7ª posición). Si hablamos únicamente de obesidad, España ocupa la 22ª posición, con una prevalencia del 23,8% (si solo se consideran los países de la Unión Europea, pasaría a ocupar la 9ª posición). Por otro lado, en el rango de edad de 5 a 19 años por sobrepeso y obesidad, España ocupa la 12ª posición, con una prevalencia del 34,1% (4ª posición si solo se consideran los países de la Unión Europea), mientras que si hablamos solamente de obesidad ocupa la 20ª posición, con una prevalencia del 10,8% (ocuparía la 7ª posición si únicamente se consideran los países de la Unión Europea)⁶.

Actualmente, se considera que el 14,5% de los españoles son obesos, estimándose que el 46,7% se encuentra en cifras de sobrepeso⁸. La prevalencia de obesidad y sobrepeso en España en adultos es del 53%⁷. Se estima que para el año 2030 el 21% de los españoles tendrá obesidad, dato preocupante ya que indica que casi 1 de cada 5 españoles tendrían este factor de riesgo, que se asocia a múltiples enfermedades. Nos preocupa el elevado porcentaje de niños y adolescentes con sobrepeso y las cifras que se mantienen en aumento año tras año. El sobrepeso infantil se sitúa actualmente en el 16,5%⁷.

Existen datos a destacar en España con respecto a la obesidad. Si prestamos atención a los datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad en cuanto al sexo, resultan superiores en el sexo varón, en hombres con respecto a mujeres y en niños con respecto a niñas. Aun así, España se sitúa en uno de los países con mayores cifras de obesidad en mujeres, asociadas a desigualdad en el nivel de ingresos, junto con Luxemburgo, Bélgica y Francia. Algo positivo a destacar es que ocupa la 43ª posición de los países con insuficiente actividad física, es decir, es de los países más activos según la OCDE. Si es cierto que, solo algo más del 50% de la población sigue una dieta saludable que satisfaga los estándares internacionales o las recomendaciones de las guías nacionales. Asimismo, menos del 50% de la población cumple con la recomendación de tomar 5 porciones de fruta y verdura al día⁶.

La distribución del sobrepeso y de la obesidad entre la población adulta en España varía entre las distintas Comunidades Autónomas, siendo Asturias la comunidad con la tasa de obesidad más elevada (25,7% de los adultos) y las Islas Baleares la más baja (10,5%). Andalucía es la tercera comunidad autónoma con mayor número de personas obesas (24,9%).³



Nota. Extraído de estudio realizado por la Sociedad Española de Cardiología³.

Si nos centramos en Andalucía, podemos hacernos la pregunta de: ¿cuáles son las razones por la que la prevalencia de obesidad es una de las más altas del país? Donde encontramos diferentes factores. Primeramente, la alimentación es un tema controvertido porque siempre pensamos que, como España es un país mediterráneo, nosotros tenemos un patrón de alimentación mediterránea, y no es así. Hace 50 años si seguíamos este tipo de alimentación, pero últimamente estamos occidentalizando la misma, con mucho producto procesado que, sumado a la falta de actividad física, deriva en los problemas de sobrepeso tanto en adultos como en niños.⁸

Hemos abandonado la dieta mediterránea y nos hemos ido a una dieta menos equilibrada, comemos más alimentos procesados y menos verduras y somos más sedentarios. Los más pequeños optan por comidas rápidas y con un efecto saciante menor, y eso engorda, porque, una vez empezamos a comer, no es hasta al menos 20 minutos después cuando tenemos sensación de saciedad. Además, cada vez los jóvenes hacen menos ejercicio físico, gastan menos energía y aumentan así su peso corporal y tejido adiposo.⁹

La Organización de Naciones Unidas, estableció nueve metas mundiales de cumplimiento voluntario como forma de prevención y control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, en las que se contemplaba la reducción de mortalidad por enfermedades crónicas, la reducción del uso nocivo del alcohol, de la ingesta de sal o sodio, del consumo de tabaco y de la actividad física insuficiente, entre otras. Sin embargo, ante la previsión de fracaso en el cumplimiento de estas metas y, por tanto, de sus objetivos, ha llevado a cabo una campaña de prioridades, entre las que se encuentran: colocar a las personas primero, potenciar la inversión en materia de ENT (enfermedades no transmisibles), intensificar los esfuerzos contra la obesidad infantil, adoptar políticas fiscales inteligentes que fomenten la salud, salvar vidas mediante un acceso igualitario al tratamiento de las ENT y a la cobertura sanitaria universal, y una mejor rendición de cuentas con respecto a los progresos, resultados y recursos¹⁰.

En el fomento de estilos de vida saludable, la comunicación entre la ciudadanía y los profesionales de salud juega un papel clave¹¹. A nivel de Atención Primaria, dentro de su categoría de prevención y promoción de la salud, contamos con otro recurso importante en este contexto, el Consejo Dietético, un servicio que los equipos de Atención Primaria ofertan a la población para fomentar y formar en estilos de vida saludables (alimentación equilibrada y actividad física), con el fin de reducir la morbimortalidad relacionada con la alimentación inadecuada y el sedentarismo¹².

Las recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física que efectúan profesionales sanitarios representan una importante actuación de promoción de la salud, así como de prevención y tratamiento de factores de riesgo y enfermedades asociadas, como la hipertensión arterial, la dislipemia, la diabetes o la obesidad¹¹.

Dentro de las actuaciones del Consejo Dietético se encuentran¹²:

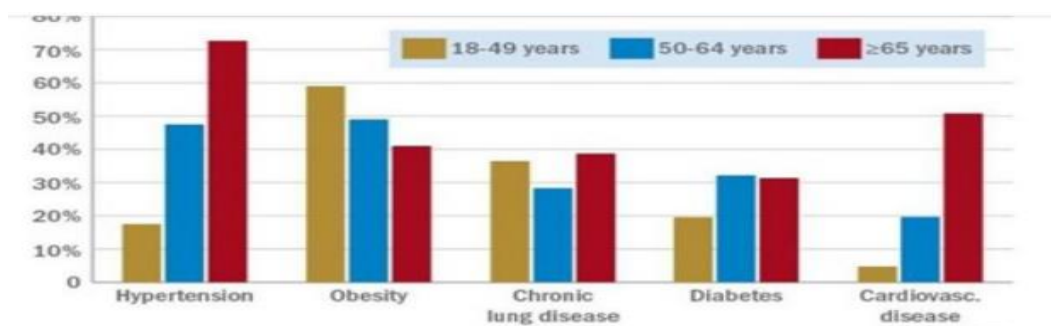
- Identificar a personas con hábitos de alimentación no saludables, conductas sedentarias y/o con factores de riesgo de enfermedad crónica relacionada con la dieta (exceso de peso, HTA, dislipemia, etc.) y valorar el grado de motivación para cambiar sus hábitos de vida.
- Realizar consejo básico que consiste en ofrecer un consejo breve, de 5 minutos de duración aproximadamente, sobre actividad física y/o alimentación equilibrada.
- Consejo dietético intensivo en los casos en los se indique o se solicite, a través de alguna actividad educativa grupal o individual.

Como sustento al Consejo Dietético, en muchos pueblos se lleva a cabo el proyecto “Rutas para la vida sana”, por el que se difunden los espacios/circuitos que utiliza la ciudadanía para caminar diariamente. En él se incluye información sobre distancias de las rutas, tiempo recomendado para realizarlas y gasto calórico estimado, lo que les permite a los profesionales de Atención Primaria hacer una “prescripción” precisa y establecer objetivos con sus pacientes sobre la cantidad de ejercicio físico que debe realizar.

Por otro lado, la pandemia de la COVID-19 ha afectado a todos los sectores, especialmente al ámbito sanitario, que se mantiene en pie a pesar de las dificultades provocadas por el virus en todos los niveles asistenciales. Las dificultades a las que ha tenido que hacer frente la Atención Primaria durante la pandemia ha hecho que los pacientes con enfermedades crónicas no hayan podido ser atendidos. La salud mental se ha visto afectada especialmente por el aislamiento social y las restricciones a la hora de practicar actividades deportivas. Asimismo, se ha observado un peor manejo en enfermedades como la obesidad o el dolor crónico, debido a las dificultades de acceso al sistema.¹³

La pandemia está teniendo efectos negativos importantes tanto sobre aquellos pacientes que contraen la infección por SARS-CoV2, como sobre un grupo mucho más numeroso, de pacientes crónicos en su mayoría, que se ven afectados por las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la realidad actual.¹³

Desde el inicio y durante el transcurso de la pandemia por la COVID-19, se ha visto como la mayor afectación recae en las personas mayores de 60 años, así como en aquellos pacientes con ECNT, como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes mellitus, enfermedad renal o hepáticas crónicas, pacientes con neoplasias, pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma bronquial, entre otras, aumentando la mortalidad en este colectivo de forma espectacular¹.



Nota. Extraído Medscape. ECNT más frecuentes en pacientes infectados por la COVID-19 según grupos de edades¹.

Se ha llevado a cabo una categorización por parte de los expertos sobre las consecuencias que está teniendo la pandemia sobre los pacientes crónicos. La primera ola se relaciona con el impacto sobre los primeros pacientes que fueron afectados por el virus SARS-CoV2. La segunda, correspondería a las consecuencias sobre la salud derivadas de la falta de atención en los hospitales y centros de Atención Primaria, en lo referido a las complicaciones urgentes de los pacientes crónicos no COVID-19 (infartos, ictus...). La

tercera ola se asigna a la morbilidad derivada de la tardía o interrumpida atención al paciente crónico, lo que ha llevado consigo la falta de atención y seguimiento clínico a los mismos, junto con una menor adherencia terapéutica. Otros autores señalan los cambios en el autocuidado de estos pacientes como responsables del aumento de la morbilidad, bien por el cambio de rutinas en la alimentación o en el ejercicio físico, dando lugar a desequilibrios que desembocan en lo anterior. Por último, esta reciente cuarta ola, se asocia al mayor impacto y afectación que la COVID-19 puede tener sobre la salud de los pacientes crónicos, debido al largo recorrido de la pandemia y la influencia de la misma en los factores psicológicos y sociales. Se estima que el 69% de los pacientes crónicos sufrió cancelación de las consultas que tenía programadas y el 41,4% la suspensión o aplazamiento de su rehabilitación. Además, el 80% tuvo problemas para acceder al tratamiento y el 22,8% tenía problemas y síntomas asociados a su enfermedad y no acudió a su centro de Atención Primaria¹⁴.

Las Organizaciones Sanitarias han tenido que disponer de capacidades diagnósticas y de seguimiento y vigilancia de la COVID-19, aumentar la disponibilidad del Sistema Sanitario para atender a grandes números de pacientes gravemente enfermos, garantizar los cuidados de los pacientes no COVID-19, agudos y crónicos, salvaguardar a los trabajadores y cuidadores sanitarios y mejorar las estrategias de comunicación y coordinación. Ello ha repercutido en una disminución muy importante de la atención a pacientes no COVID-19¹⁴.

A pesar de la existente sensación de abandono que tiene la ciudadanía por parte de los profesionales de Atención Primaria, se deben destacar los esfuerzos de los mismos. La sobrecarga asistencial es algo que no se pudo ni se puede predecir, sin embargo, se aboga por mejorar las tecnologías y protocolos específicos para poner solución a las listas interminables de Atención Primaria¹³.

Durante el 2020 vimos el necesario y revolucionario cambio del mundo de los servicios. Las medidas y restricciones sanitarias llevadas a cabo para frenar el avance de la pandemia hicieron que se buscaran nuevas formas para trabajar, relacionarlos, mantener el contacto social y realizar otro tipo de gestiones, dando toda la importancia a la tecnología, al sector de seguridad y de las comunicaciones. Un ejemplo claro de ello es el sector sanitario, donde la atención a distancia de forma telemática y la informatización está a la orden del día¹⁵.

El desarrollo de la atención a distancia fue una de las grandes “innovaciones” en el ámbito de la salud en 2020. La misma ofrece una serie de ventajas entre las que destacamos: la atención a personas con movilidad reducida que tienen dificultades para acudir al centro sanitario, la mayor cobertura de acceso a la atención, la reducción de exposición a la enfermedad para el personal sanitario y los pacientes, la reserva de los equipos de protección individual debido a sus escasos suministros, etc.¹⁵

El apoyo telemático en el sector sanitario permite a los ciudadanos la oportunidad de ver a especialistas y comunicarse con profesionales sanitarios en situaciones en las que, de otro modo, no tendrían acceso a estos equipos, servicios y programas especializados.

La clave se encuentra en la implantación e integración de aplicaciones seguras y especializadas que se ajusten a las necesidades de profesionales y pacientes, herramientas que faciliten la gestión de las citas, la mensajería, los vídeos, los programas de Educación para la Salud, etc.¹⁵

La atención telemática, que antes apenas se consideraba, ha pasado a ser vista como un elemento necesario. El confinamiento ha forzado a hacer un gran experimento y en este periodo se han derrumbado las barreras de uso de la tecnología por parte de los pacientes y de los profesionales sanitarios. Algunas de las barreras y desafíos que nos confiere la digitalización de la sanidad es la falta de motivación de los profesionales, donde las videoconferencias, por ejemplo, no se contemplaban como parte de su actividad laboral. Por otro lado, entre muchos pacientes, sobre todo, entre los de mayor edad, ocurría lo mismo, una cierta resistencia a la misma^{14,15}.

Además, aún existen retos que superar en lo que respecta a los procesos y programas, aún muy rígidos y no orientados en su totalidad al usuario. Por ello, se aboga por un modelo híbrido, que combine la atención presencial y la digital^{14,15}.

1.2. MARCO TEÓRICO.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **obesidad** y el **sobrepeso** como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, acumulación que se produce cuando la ingesta de calorías sobrepasa al gasto calórico”¹⁶.

El sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud: un IMC (Índice de Masa Corporal) elevado es un factor de riesgo de **enfermedades crónicas**, consideradas aquellas patologías que afectan al organismo con duración extendida (más de 6 meses), que evolucionan lentamente y, por ello, son capaces de afectar a diferentes sistemas y órganos, así como asociarse con otras enfermedades. Esto lleva a una disminución de la esperanza y calidad de vida, suponiendo, además, un enorme gasto para el sistema sanitario. Dentro de este grupo encontramos las enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del aparato locomotor, algunos cánceres, etc¹⁶.

En este contexto, los hábitos y el **estilo de vida** adquieren gran importancia, se definen como “el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona que, mantenidos en el tiempo, pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza”. Es por ello que, como forma de prevención y preservación de la salud, se deben adquirir hábitos saludables, conductas o comportamientos asumidos como propios y que actúen de manera positiva en la persona, dentro de los cuales la OMS incluye: una dieta y alimentación saludables, evitar hábitos tóxicos y realizar actividad física de forma regular¹⁶.

Debemos prestar atención a nuestra **alimentación**. La dieta debe cumplir con tres características: variada, equilibrada y saludable en la que se deben de incluir todos los alimentos que se plasman en la pirámide nutricional. Otro factor a tener en cuenta es el

reparto nutricional de macronutrientes, el que sería, según las recomendaciones, un 50-55% de hidratos de carbono, un 30% de grasas y un 10-20% de proteínas. No podemos olvidar la importancia de la fibra en nuestra alimentación, por lo que es importante añadir unos 20-25 gramos de fibra vegetal al día. Hemos visto como a causa de la pandemia y de sus restricciones, la ansiedad ha sido el detonante de una alimentación inadecuada, ya que nos llevaba a comer compulsivamente alimentos no muy saludables, lo que nos puede perjudicar a un medio y largo plazo. Se recomienda evitar comer o picar entre horas, para lo que podemos incluir snacks nutritivos como frutos secos, yogur, fruta, etc. Dentro de estas recomendaciones también se encuentra la elaboración de un menú semanal para asegurar la variabilidad y adecuación de la dieta, evitando la improvisación.¹⁶

En cuanto a evitar **hábitos tóxicos**, se refiere a no fumar ni consumir drogas, no tomar alcohol en exceso y evitarlo por completo en caso de tener antecedentes de alcoholismo¹⁶.

En cuanto a la **actividad física**, en la promoción de estilos de vida saludable, la práctica de actividad física, actualmente, se constituye en una de las intervenciones más potentes para generar bienestar y prevenir enfermedades, resultando también pertinente en este contexto de pandemia y “comienzo” de año nuevo. La OMS estableció en sus últimas directrices para la promoción de actividad seis mensajes claves: la actividad física es buena para el corazón, el cuerpo y la mente; cualquier cantidad de actividad física es mejor que ninguna y cuanto más, mejor; toda actividad física cuenta; el fortalecimiento muscular beneficia a todas las personas; demasiado sedentarismo puede ser nocivo; y todas las personas pueden beneficiarse de incrementar la actividad física y reducir los hábitos sedentarios¹⁶.

Sería conveniente hacer una distinción entre actividad física y ejercicio físico, ya que a menudo estos términos se confunden.

La OMS define actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona”¹⁶.

No debe confundirse con **ejercicio físico** ya que este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física¹⁶. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que comprenden el movimiento corporal y que se realizan como parte de los momentos trabajo, tareas domésticas y actividades recreativas, por ejemplo.

Entre las actividades físicas más comunes mencionamos caminar, montar en bicicleta, practicar deportes, participar en actividades recreativas y juegos. Todas ellas se pueden realizar con cualquier nivel de capacidad y para disfrute de todos.

Se ha demostrado que la actividad física regular ayuda a prevenir y controlar enfermedades crónicas (no transmisibles), como las enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, diabetes y la hipertensión, entre otras, además de ayudar a mantener

un peso corporal saludable, lo que puede mejorar la salud mental, la calidad de vida y el bienestar¹⁶.

Las personas con un nivel insuficiente de actividad física tienen un riesgo de muerte entre un 2% y un 30% mayor en comparación con las personas que alcanzan un nivel suficiente de actividad física. Del mismo modo, la OMS indica que “los modos de vida son cada vez más sedentarios por el uso del transporte motorizado y la utilización cada vez mayor de pantallas para el trabajo, la educación y las actividades recreativas”. Los datos que demuestran un mayor grado de sedentarismo se asocian con la observación de un aumento de adiposidad (aumento de peso) en niños, junto con una salud metabólica, aptitud física, conducta comportamental o comportamiento social más deficiente y una menor duración del sueño. En adultos se observa una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes tipo II, además de aumentar la probabilidad de mortalidad por cualquier causa, mortalidad por enfermedades cardiovasculares y mortalidad por cáncer¹⁶.

Igualmente, hay que tener en cuenta la **salud mental** como prioridad. La salud mental se refiere al “estado de bienestar psicológico y emocional, que es necesario para mantener y desarrollar las capacidades cognitivas, el afrontamiento de los retos personales y profesionales de la vida diaria y las relaciones sociales”. Estamos en un punto en el que el bienestar emocional se encuentra comprometido, primero por el confinamiento ya pasado y, luego, por las medidas restrictivas imperantes hasta el momento, las restricciones de movilidad que conllevan a restricciones sociales, con todo lo que conlleva (deterioro de las capacidades físicas y mentales, entre otras). Es aquí donde la tecnología actúa como “salvavidas”.¹⁶

Por otro lado, debemos de tener en cuenta que uno de los principales obstáculos en el momento de desarrollar o adquirir un nuevo hábito (en este caso, hábitos o estilo de vida saludable) es la adaptación. Para ello, contamos con un excelente recurso, como es la Educación para la Salud (EpS) por medio de grupos comunitarios o intervenciones grupales.

La NIC (Nursing Interventions Classification), clasificación global, estandarizada y codificada de las intervenciones o procedimientos realizados por la enfermería define la **Educación para la Salud** como “desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades”¹⁷.

Por otro lado, la OMS la define como “actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar valores y habilidades personales que promueven la salud”. Es una estrategia de salud pública, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que utiliza distintas técnicas educativas, políticas y sociales, apoyados en la teoría, la investigación y la práctica, para concienciar y educar a individuos, grupos, poblaciones, comunidades e instituciones con el objetivo de animar la toma de decisiones favorables a la salud, el análisis y selección de la información, la

comprensión de los determinantes de la salud y el compromiso con la acción social y colectiva¹⁶.

Dentro de los diferentes tipos de intervención en EpS se engloba la **EpS grupal o colectiva**, que es el “conjunto de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios, o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o tema de salud”. Dentro de este, también se incluyen aquellas intervenciones dirigidas a la comunidad, destinadas a aumentar la concienciación sobre factores que influyen tanto directa como indirectamente sobre la salud. Se considera una actividad multidisciplinar, ya que colaboran e intervienen otros profesionales y servicios de la zona (centro de salud, servicios municipales y educativos, entidades sociales, etc.).

La EpS grupal es una estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que tiene como objetivo la adecuación del comportamiento humano y de los estilos de vida, para mantener y mejorar su salud. Es una intervención que engrandece a todos los miembros del grupo. Cada uno de sus participantes no solo recibe, sino que proporciona conocimientos, experiencias y alternativas, que resultan útiles para los demás. La EpS individual y grupal son procesos complementarios, ya que si algo se ha observado en las terapias grupales es que los miembros en grupo se comportan de manera diferente de la que actuarían si la actividad se desempeñara a estos sujetos de forma aislada. Los métodos de EpS grupal son más eficaces si se sigue a una educación individual. Entre sus ventajas podemos encontrar: desarrollo de habilidades de comunicación, reflexión, análisis y participación, mayor implicación de la familia y el entorno (si la familia también acude al proceso educativo), generación de actitud activa respecto al autocuidado, refuerzo del cambio de comportamientos, identificación mutua y aceptación entre personas con problemas similares, retroalimentación inmediata y presión positiva de compañeros para lograr cambios, aumento de la capacidad para movilizar recursos, mejora de las relaciones interpersonales e intercambio de experiencias¹⁶.

Por último, la **tecnología** ha sido un apoyo fundamental durante el año 2020 y será la protagonista del 2021. El 2020 fue un año de muchos cambios para el mundo. El confinamiento para protegernos de la pandemia COVID-19 nos ha llevado a reinventarnos, volviéndose atractivo estudiar y aprender en línea, a través de las plataformas digitales. Gracias a los adelantos de tecnologías y plataformas virtuales de las que disponemos en la actualidad, resulta fructífero llevar a cabo programas de Educación para la Salud por medio de ellas, buscando la “Salud Digital”. A continuación, se expone una comparativa de las aplicaciones más utilizadas en este ámbito¹⁸:

- **ZOOM.** Zoom Cloud Meeting es un programa que oferta servicios de videollamadas a través de internet por medio de dispositivos móviles u ordenadores, estando adaptado para los diferentes sistemas operativos de los mismos. Fue diseñada especialmente para el uso empresarial, ya que puede albergar un gran número de usuarios de forma simultánea y dispone de diferentes herramientas que facilitan el control de las reuniones. Zoom cuenta con una versión gratuita que puede ser usada por cualquier persona, no obstante, también

ofrece una serie de servicios adicionales, en los que hay que pagar si se quiere disponer de ellos. La versión gratuita de *Zoom Video Communications*, permite realizar conversaciones vía chat de manera ilimitada, sin embargo, las reuniones grupales se ven limitadas a 40 minutos, permiten un número máximo de 100 participantes y no pueden ser grabadas. Asimismo, se han detectado importantes riesgos de seguridad durante el uso de Zoom. Desde entonces, el programa Zoom ha implementado un sistema de contraseña y sala de espera para garantizar que no entren personas ajenas, pero simplemente son opciones que hay que habilitar y es posible eliminarlas si molestan.

- **SKYPE.** Es una herramienta de la empresa Microsoft a la que la mayoría de la gente ya está acostumbrada, debido a los años que lleva presente en el mercado, usándose de manera tanto personal como laboral. Nos permite realizar llamadas de audio y videollamadas. Entre sus ventajas se encuentran la no restricción de tiempo, gratuidad y fácil acceso con solo crear una cuenta de correo electrónico o a través del número de teléfono. Su principal desventaja es que el número máximo de asistentes a la reunión es de 100 personas.

- **CLASSROOM.** Google Classroom es un servicio web gratuito destinado a la educación que oferta a los profesores, académicos, estudiantes y padres/madres herramientas informáticas para el aprendizaje semipresencial. Esta plataforma permite crear aulas virtuales con un ambiente flexible y cómodo para conseguir la educación convencional, proporcionando nuevas herramientas y técnicas a todo aquel que se disponga a utilizarlo. Este servicio web es la base de la suite *Google Apps for Education*, lo que hace que se vea complementado por múltiples herramientas desarrolladas por Google, como lo son Google Drive, para el almacenamiento y visualización de archivos en la nube; Google Docs, Sheets and Slides, para la realización de actividades en tiempo real; Gmail, para la comunicación y envío de asignaciones; Google Calendar, para la realización de cronogramas de trabajo y pautar las fechas de entrega; y Google Meet, para reunirse virtualmente de forma instantánea, pudiendo, incluso, activar subtítulos. Además, la plataforma cuenta con protección mediada por técnicas criptológicas modernas que evitan que elementos malignos penetren en las aulas virtuales, del mismo modo que no se muestran anuncios y los datos personales de los usuarios no son escaneados. Está adaptada para dispositivos móviles por medio de aplicaciones que se encuentran en los sistemas operativos Android y iOS, además del tradicional ordenador o computadora. Por otro lado, como desventajas destacamos que no dispone de pruebas o exámenes automáticos, de registros de calificaciones (aunque puede asociarse a aplicaciones como CoRubrics para realizar evaluaciones y autoevaluaciones con una rúbrica), y presenta limitaciones al integrarse con servicios externos.

- **CIRCUIT (SAS).** Es una herramienta complementaria para favorecer el teletrabajo de los profesionales del SAS. Dispone de dos tipos de licencia: licencia

normal, que limita a 6 el número máximo de participantes que pueden ser invitados a una videoconferencia, y licencia profesional, que permite crear salas de videoconferencia sin límite de participantes, pero con un coste mensual aplicado al consumo de cada centro y facturado a nivel provincial. Algo a destacar es que almacena en la nube gratuitamente hasta 1 GB, pudiendo almacenar cualquier tipo de archivo, imágenes e incluso llamadas, ofrece alta calidad y dispone de chat mediante el cual se pueden organizar grupos, hablar en privado o crear un tema de discusión.

1.3. JUSTIFICACIÓN.

Como vimos anteriormente, el mundo se encuentra sumergido en una pandemia provocada por el virus SARS-CoV19, el mismo que produce enfermedad muy contagiosa con elevada mortalidad, teniendo mayor afectación en aquellas personas que presentan Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), elevando al mismo tiempo la tasa de mortalidad de estas y produciendo un colapso en los sistemas sanitarios de todo el mundo.¹

La alimentación no saludable, el sedentarismo y los malos hábitos son las principales causas de la obesidad en el mundo. Las medidas preventivas para detener los contagios por coronavirus, como el confinamiento y la reducción de la movilidad, hicieron que el sedentarismo se volviera más habitual a nivel mundial. El estrés y la ansiedad provocada por esta situación también influyó en la alimentación de las personas. Asimismo, encontramos numerosos titulares como “la obesidad aumenta drásticamente el riesgo de enfermar de COVID-19 de forma grave” o “la obesidad como primer factor de riesgo mortal en jóvenes con COVID-19”, y es que existe ya evidencia científica que confirma que el exceso de grasa dispara la probabilidad de ingreso en un hospital por coronavirus y empeora el pronóstico en menores de 65 años e, incluso, puede aumentar el riesgo de mortalidad en casi un 50%. Además, se ha comprobado que las personas con obesidad que se contagian con coronavirus tienen más riesgo de ingreso en UCI y de tratamiento con medidas de ventilación mecánica¹⁹.

Las personas con un IMC superior a 30 tienen un mayor riesgo de hospitalización, de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos con más frecuencia y una mayor probabilidad de morir por ello. A su vez, la obesidad está relacionada con muchos factores de riesgo de COVID-19, que incluyen hipertensión, enfermedades cardíacas y diabetes tipo 2, lo que puede explicar por qué los IMC altos están más relacionados con los casos graves de COVID. El perfil predominante de los pacientes COVID-19 en la UCI es varón de 64 años con factores de riesgo como hipertensión u obesidad¹⁹.

Por ello, la promoción de la salud por medio de la Educación para la Salud de hábitos de vida saludable es en este contexto crucial. Hemos verificado a lo largo de esta introducción como una alimentación equilibrada y un estilo de vida activo (evitando el sedentarismo) son factores protectores frente a patologías o comorbilidades como la

obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, entre otras, así como de las repercusiones que estas anteriores pueden tener en nuestra calidad y esperanza de vida.

Gracias a las nuevas tecnologías, podemos hacer una adaptación de programas de EpS que se venían realizando hasta entonces. Es por esto que se propone la realización de un programa de EpS virtual dirigido a este colectivo, en el que la enfermera de familia juega un papel fundamental.

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general de este programa de EpS es promover la alimentación saludable y la actividad física en la población adulta general y en la población adulta con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, reduciendo así la morbimortalidad y previniendo la enfermedad relacionada con una alimentación inadecuada y el sedentarismo.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Captar a personas adultas con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, relacionados con una alimentación inadecuada y el sedentarismo.
- Informar y formar a la población adulta general (mayor de 18 años), especialmente, a las personas con factores de riesgo, sobre las ventajas para la salud derivadas de estilos de vida saludables, en contraposición a las desventajas o complicaciones que pueden aparecer por una alimentación inadecuada y/o sedentarismo.
- Realizar valoración sobre hábitos de vida (alimentación, actividad física y sedentarismo y consumo de alcohol) y desarrollar las intervenciones previstas.
- Integrar en la práctica cotidiana intervenciones eficaces que capaciten a las personas para hacer elecciones que mejoren su salud y calidad de vida.
- Reforzar los cambios conseguidos a través de actividades de seguimiento.

3. METODOLOGÍA.

3.1. DISEÑO.

Se ha diseñado un programa de Educación para la Salud virtual sobre hábitos de vida saludables constituido por 6 sesiones de 60 minutos. Las variables de estudio serán el nivel de conocimientos adquiridos, la concienciación de los beneficios de los hábitos de vida saludables y la modificación de conductas con la puesta en práctica de lo aprendido. Previamente al diseño del programa se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en los últimos 5 años sobre el problema planteado y las intervenciones existentes, mediante los descriptores DeCS: ("Health Education") AND (Healthy Lifestyle) AND (Sedentary Behavior) AND (Obesity) OR (Overweight). La

búsqueda se ha realizado en las bases de datos Cochrane, Google Scholar y WOS. De los artículos localizados se ha llevado a cabo una selección por afinidad al tema de estudio para realizar el marco teórico. Posteriormente, se ha desarrollado el programa con intervenciones basadas en la bibliografía.

El número de miembros será entre 10 y 12, con una frecuencia semanal de las sesiones.

La población destinataria debe cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- a) Población adulta que desee mejorar sus hábitos de vida.
- b) Población adulta con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.

La captación de las personas participantes se hará a través de un muestreo por cuotas (consultando el listado de usuarios diabéticos, hipertensos, con sobrepeso...) y accidental (a medida que entren en la consulta de enfermería/medicina y cumplan los criterios de inclusión).

El espacio en el que se reunirán será virtual, a través de Google Classroom asociado principalmente a Google Meet (de elección tras comparar las características en el marco teórico que ofrece cada plataforma), disminuyendo así el riesgo de contagio del COVID19.

El material común que se usará en las sesiones será un ordenador o dispositivo móvil y se contará durante todo el proceso con la ayuda de un profesional sanitario (preferiblemente una enfermera), que actuará como docente y guía.

Los métodos empleados en las sesiones serán:

- ✓ Expositivo. El/la docente expone y los/as discentes escuchan.
- ✓ Demostrativo. Permite al/la docente mostrar a los/as discentes la manera de realizar un procedimiento determinado, es decir, no sólo dice lo que hay que hacer, sino que además lo hace.
- ✓ Interrogativo o socrático. El/la docente pregunta y los/as discentes han de buscar y/o elaborar la respuesta y, posteriormente, argumentarla y discutirla, con la ayuda del profesor o profesora que va devolviendo las respuestas al grupo para este fin.
- ✓ Activo o por descubrimiento. El/la docente propone la resolución de un problema o el afrontamiento de una situación y proporciona los recursos y medios necesarios para ello, después los/as discentes buscan soluciones y alternativas al problema o situación planteados.

3.2. VALORACIÓN INICIAL.

Antes del inicio de las sesiones grupales, se debe realizar una primera consulta individual a cada una de las personas susceptibles de participar (esta puede ser realizada por su enfermera/o de familia y servir de captación para el taller grupal):

- Valoración somato-métrica: peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal (PA).
- Revisar problemas de salud, en especial los relacionados con las conductas saludables.
- Valoración nutricional: ingesta de últimas 24 horas, ingesta por grupos de alimentos, comidas fuera de casa, gustos y preferencias.
- Valoración de actividad física: actividad física diaria, tipo de ejercicio extra, limitaciones para hacer ejercicio, conductas sedentarias, etc.
- Valoración de riesgo cardiovascular, utilizando la tabla SCORE.
- Elaboración de plan de cuidados de enfermería.¹¹

Por otro lado, una vez conformado el grupo y, al menos, dos semanas antes de iniciar las sesiones, se enviará un correo electrónico a las personas participantes con un test de conocimientos previos (anexo 1), para saber el nivel de conocimientos del que parten, y cuestionarios de adherencia a la dieta mediterránea (anexo 2), de actividad física (anexo 3) y de valoración del consumo de alcohol (anexo 4), para conocer el perfil de persona que participa en nuestro taller. Estas personas deben contestar al correo electrónico con todos los test cumplimentados, al menos una semana antes de iniciar el taller; si tuvieran problemas para realizarlo de forma virtual, se puede concertar una cita presencial para ello.

3.3. SESIONES DEL TALLER GRUPAL.

Sesión 1. CONCEPTOS CLAVES. DIETA MEDITERRÁNEA.

VISITA GRUPAL 1. CONCEPTOS CLAVES. DIETA MEDITERRÁNEA.
<p>1. Descripción. En esta sesión se hará la presentación del taller grupal y de las personas participantes. Se dejarán claros los objetivos del programa y la necesidad de compromiso en el grupo. Se introducirán los primeros conceptos básicos relacionándolos con la importancia que tiene cada uno de ellos en la salud individual.</p> <p>2. Duración. En torno a unos 60 minutos. Al tratarse de la primera sesión, puede alargarse un poco más.</p> <p>3. Objetivos de la sesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir las características de la dieta mediterránea, un pilar para la salud. - Conocer la importancia de factores como la alimentación, el sedentarismo, la obesidad y el alcohol en la aparición de enfermedades. <p>4. Materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispositivo móvil o portátil con acceso a webcam, micrófono, etc. - Documento Word y teclado o papel y lápiz/bolígrafo. - Ganas de aprender y mejorar nuestra alimentación. <p>5. Desarrollo central de la sesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de la persona que imparte el taller, mostrando un calendario programado de las sesiones de las que se va a componer el mismo. (5´)

- Presentación de los participantes (en el caso de que no aparezcan los nombres por la aplicación utilizada, cada uno de ellos puede utilizar un folio y escribir el mismo, mostrándolo siempre en pantalla): motivos por los que se apuntó al programa y expectativas sobre el programa. (15´)
- Como forma de romper el hielo se empezará con una dinámica de mito/verdad, tocando los temas que posteriormente trataremos, en esta o en las continuadas sesiones, explicando una vez resuelta el por qué se trata de un mito o en caso contrario, por qué hablamos de una verdad (anexo 5). (15´)
- Exposición teórica sobre nociones básicas: influencia de la alimentación en la salud (sobrepeso, obesidad, patologías relacionadas con una alimentación no sana/desequilibrada), características y beneficios de la dieta mediterránea, dieta equilibrada, ejercicio físico y alcohol y sus efectos en la salud. (15´)
Debemos remarcar la importancia de aprender a “comer bien”, no solamente para perder peso o evitar la obesidad, sino para mantener una alimentación saludable, y no solo para la persona que asiste al taller sino también para toda la familia. Se pueden introducir algunos consejos como comer despacio, con moderación, un poco de todo, beber agua, no consumir ciertos alimentos... (como una antesala a la sesión 2).
- **Dinámica:** ¿Qué peligro supone (factor de riesgo) y, en concreto, para el desarrollo de qué patología? (anexo 6) Se relacionan factores de riesgo (como sedentarismo, alcohol, entre otros), visionados anteriormente con la ayuda del recurso web <https://wheelofnames.com/es/>, con la patología que más posibilidad tienen de desarrollar. (10´)

6. Cierre.

Concluida la sesión, quedará pendiente la siguiente tarea: cada uno de nuestros componentes deberá recoger en un registro las comidas realizadas (anexo 7) cada día de la semana próxima para una exposición en común en la siguiente sesión. Con esto conseguiremos acercarnos más a la persona y conocer su alimentación, así será más fácil a la hora de dirigirnos a dar consejos, recomendaciones, indicaciones, etc.

Por otra parte, animaremos a que individualmente se pesen y se midan, bien en casa o bien en la farmacia, datos con los que le abriremos una ficha para valorar su “evolución” o la relevancia del taller en su vida (se llamará telefónicamente para ello o pueden enviar los datos vía e-mail).

Sesión 2. NUTRIENTES Y ALIMENTOS.

VISITA GRUPAL 2. NUTRIENTES Y ALIMENTOS.

1. Descripción.

En esta sesión se introducirán nuevos conceptos básicos sobre la alimentación y se reforzarán anteriores. Es importante mantener la motivación en el grupo y consolidarlo.

2. Duración.

55/60 minutos.

3. Objetivos de la sesión.

- Diferenciar entre nutriente y alimento. Conocer los grupos de alimentos.
- Métodos para la alimentación saludable: pirámide de los alimentos y método del plato.

4. Materiales.

- Dispositivo móvil o portátil con acceso a webcam, micrófono, etc.
- Documento Word y teclado o papel y lápiz/bolígrafo.
- Tarea propuesta en la sesión anterior: registro semanal de comidas realizadas (también es válido el registro de 24 horas).
- Motivación de los participantes y ganas de continuar aprendiendo.

5. Desarrollo central de la sesión.

- Se llevará a cabo un repaso de la sesión anterior con preguntas tipo: ¿pueden los hábitos de vida influir en nuestra salud, contribuir a la aparición de enfermedades? ¿qué puede ocasionar/es peligroso el exceso de alcohol? (5´)
- Se pedirán voluntarios para la exposición del registro de comidas de la semana anterior. Para hacerlo de forma más amena, saldrán unos 3 o 4 participantes y explicarán la dieta realizada durante 24 horas, el día que ellos elijan de su registro. (15´)

Estos registros se enviarán por correo electrónico bien en documento Word o bien por medio de fotografía. Nosotros como profesionales tomaremos nota de esto en el registro o ficha abierta para cada uno de los integrantes para ver cómo partimos y en un futuro, lo que hemos conseguido: cambios, evolución...

- Lluvia de ideas para introducir el tema principal (contenidos) de la sesión: ¿Qué son y para qué sirven los nutrientes? ¿todos los alimentos contienen/nos aportan nutrientes (chucherías, bollería)? (10´)
- Exposición teórica sobre los nutrientes y los grupos de alimentos basados en la actual pirámide de los alimentos OMS 2020. Explicar método del plato (anexo 8) como opción, guía para llevar a cabo una ingesta de comida saludable y equilibrada. (15´)
- Realizaremos una actividad para asegurar la comprensión y la adquisición de contenidos de la sesión que consistirá en mostrar una diapositiva con diferentes tipos de nutrientes, alimentos... (imágenes con numeración; anexo 9) y de forma individual deberán clasificarlos según su función, aporte, etc. Posteriormente, se corrige en grupo. (10´)

6. Cierre.

Para concluir la sesión preguntaremos y resolveremos dudas de cualquier aspecto impartido durante esta sesión o durante la anterior, para afianzar contenido. Además, se les enviará un documento para medir los alimentos por medio de “medidas caseras”, para que así, sin tener una balanza donde pesar los alimentos o cuantificar la cantidad de los mismos, puedan tener una orientación, evitando déficits o excesos.

Para el siguiente taller los integrantes del grupo deberán guardar envases de productos que usen habitualmente, como, por ejemplo, envases de cereales, leche, yogures, chocolate, pasteles, risotto congelado u otros productos de consumo regular.

Sesión 3. CESTA DE LA COMPRA Y COCINA SALUDABLE.

VISITA GRUPAL 3. CESTA DE LA COMPRA Y COCINA SALUDABLE.

1. Descripción.

En esta sesión aprenderemos a comprar de forma saludable, saber leer e interpretar la información nutricional y etiquetado de los alimentos (ingredientes, porcentajes...), de forma que contribuiremos a mejorar los hábitos de alimentación y compra de alimentos.

2. Duración.

55/60 minutos.

3. Objetivos de la sesión.

- Conocer los pasos para realizar la compra y elaboración de alimentos saludables.
- Aprender e interpretar la información nutricional y etiquetado de alimentos procesados.

4. Materiales.

- Dispositivo móvil o portátil con acceso a webcam, micrófono...
- Documento Word con teclado o papel y lápiz/bolígrafo.
- Tarea propuesta en la sesión anterior: etiquetado de alimentos de consumo habitual/regular para analizarlos y compararlos.

5. Desarrollo central de la sesión.

- Se realizarán cuestiones para repasar las sesiones anteriores, sobre todo la sesión 2 en torno a los nutrientes y alimentos (pirámide alimentaria). (5´)
- Se dará una pequeña introducción sobre el orden de los ingredientes en el etiquetado de los productos. (5´)
- Los participantes buscarán los ingredientes de su producto elegido y expondrán cuáles ocupan los primeros lugares, tomando conciencia del principal ingrediente del producto (¿saludable?). (10´)
- Exposición y explicación de cómo analizar el etiquetado nutricional. Se deberá dejar en la pantalla un documento guía (anexo 10) para que cada miembro pueda analizar el suyo. (15´)
- En base a los etiquetados presentados, se podrán hacer comparativos sobre los mismos, por ejemplo, galletas María con galletas digestivas de chocolate o risotto embutido y risotto congelado, etc. (15´)
- Debate sobre el conocimiento y la utilidad de aplicaciones (gratis) para leer las etiquetas de los alimentos (información nutricional). Se podrán aconsejar algunas como *Yuka*, *MyRealFood* y *ElCoco*, entre otras, para ayudar y hacer más fácil la tarea de elegir los productos a la hora de realizar la compra. (5´)

6. Cierre.

Se dejarán algunos minutos para resolver dudas, aclaraciones, explicar más detenidamente contenidos no comprendidos tanto de esta sesión como de las anteriores, etc. Para la próxima sesión pediremos a cada participante que haga fotos a los recursos de actividad física que haya en su barrio o zona cercana (máquinas de ejercicio físico, parques, carril bici, piscina municipal climatizada u otros) y las envíe al correo electrónico del profesional antes del próximo taller: "PHOTOVOICE".

Sesión 4. ACTIVIDAD FÍSICA.

VISITA GRUPAL 4. ACTIVIDAD FÍSICA.

1. Descripción.

Durante esta sesión se introducirán nuevos conceptos sobre actividad física, ejercicio físico y su repercusión (importancia) sobre la salud, recalcando asimismo la necesidad de descanso. Se intentará hacer consciente a los integrantes de la importancia de abandonar el sedentarismo y mantenernos activos, como forma de vida.

2. Duración.

60 minutos.

3. Objetivos de la sesión.

- Promover la actividad/ejercicio físico en los integrantes.
- Conocer los recursos de los que disponemos para realizar actividad/ejercicio físico.

4. Materiales.

- Dispositivo móvil o portátil con acceso a webcam, micrófono, etc.
- Documento Word y teclado o papel y lápiz/bolígrafo.
- Tarea propuesta en la sesión anterior: envío de fotografías realizadas en recursos en los que poder practicar ejercicio o forma de hacer actividad física.

5. Desarrollo central de la sesión.

- Comenzaremos la sesión con un resumen de las sesiones anteriores, debatiendo sobre lo aprendido y los cambios que han realizado en sus hábitos de vida. (5´)
- Exposición de las imágenes del *Photovoice*. Cada miembro deberá identificar la imagen sacada y enviada al/la profesional, explicar el por qué la ha elegido y si suele realizar actividad física en ella. (10´)
- Visualización/proyección del vídeo “23 horas y media”. A continuación, se expresarán las ideas claves del vídeo y se debatirá sobre ello. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=wYwHlkpQmqQ> (10´)
- Se dejarán unos minutos para que individualmente hagan un registro de la actividad física semanal que realizan (última semana -cuenta el caminar, subir escaleras, etc.-) para luego, exponerlo en conjunto. (10´)
- Introducción teórica sobre la actividad física y ejercicio físico y su distinción, además de la importancia de mantenernos activos (forma parte de la pirámide de alimentación). (15´)
- Se hará una lluvia de ideas sobre posibles actividades y ejercicios físicos que se pueden realizar, comentar actividades que más y menos les gustan, que sean 3 al menos de cada una (deberán anotarlo en el registro realizado anteriormente). (10´)

6. Cierre.

Se resolverán dudas de cualquiera de las sesiones anteriores, aclaración de contenidos, etc. (incluso podemos concertar una cita telefónica en caso de que se precise).

Para la próxima sesión, los integrantes del grupo deberán hacer un registro de lo que han realizado durante la semana. Se ha de proponer realizar algún ejercicio físico al menos tres veces en semana y caminar diariamente unos 30 minutos. Asimismo, se

darán opciones para hacer ejercicio en casa, como, por ejemplo, zumba, aerobio, pilates, con clases virtuales vía canal de YouTube, aplicaciones para realizar 10 minutos de actividad física diaria...

Informaremos, además, de que deberán conectarse con ropa de deporte o cómoda en la siguiente sesión.

Sesión 5. EMOCIONES Y REFUERZO.

VISITA GRUPAL 5. EMOCIONES Y REFUERZO.

1. Descripción.

En esta sesión nos centraremos más en la salud mental de nuestros integrantes, algo que también influye de forma importante a la hora de establecer nuestros hábitos de vida. Se realizan actividades de autoconcepto y de relajación y se introducirán conceptos sobre sentimientos, emociones y la autopercepción de la salud.

2. Duración.

60 minutos.

3. Objetivos de la sesión.

- Reforzar contenidos de sesiones anteriores.
- Reconocer y aceptar el aspecto físico propio y de los demás (autoestima).
- Conocer la influencia de las emociones y sentimientos sobre la salud (importancia de la autopercepción de salud).
- Seguir motivando a los participantes del taller para el cambio de hábitos, comportamiento por medio de la insistencia, resumen, etc.

4. Materiales.

- Dispositivo móvil o portátil con acceso a webcam, micrófono, etc.
- Documento de Word y teclado o papel y lápiz/bolígrafo.
- Ropa cómoda y esterilla o doble toalla (para la sesión de relajación).

5. Desarrollo central de la sesión.

- Se reforzarán contenidos de las anteriores sesiones con el fin de argumentar y que queden interiorizados los conceptos principales del taller, por medio de un resumen (se enviará al correo de cada uno de nuestros participantes para que puedan disponer de él cuando se les apetezca consultar, asegurar, etc.). (5´)
- A continuación, se le pedirá a la mitad de los participantes que describan físicamente a una persona y destaquen un aspecto físico positivo (las personas que sean descritas deben quedarse de pie como si fueran modelos). Después, hará lo mismo la otra mitad del grupo. Se preguntará una vez que acabe la actividad si ellos habían notado/percibido esa cualidad propia “bonita, llamativa”... (15´)
- Se llevará a cabo una lluvia de ideas sobre cómo influyen (o si lo hacen) las emociones, sentimientos, estado de ánimo, a la hora de comer y realizar ejercicio físico. (10´)

- Breve introducción teórica acerca de lo anterior: cómo influye la autopercepción de salud, la salud mental (emociones, sentimientos) a la hora de cambiar/mantener hábitos saludables. (10´)

- Haremos una dinámica de relajación muscular progresiva u otros. Se realizará de forma grupal buscando una postura cómoda en casa. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ceiQFKQH61Y>.

MEDITACIÓN GUIADA PROFUNDA PARA RELAJARSE – “20 minutos de paz interior” - YouTube (20´)

6. Cierre.

Como en el resto de sesiones, aclararemos dudas respecto al repaso tanto de contenidos impartidos en el primer punto de esta sesión, como de las dudas surgidas durante la misma.

Seguiremos animando a comer de forma saludable, a llevar un control (no estricto) de la alimentación y realizar ejercicio físico.

Se recomendará la visión de un documental realizado por dos periodistas con la participación del pueblo en general (Fuentes de Andalucía), muy emotivo, acerca de la alimentación y ejercicio físico, malos hábitos, recomendaciones y superación personal:

<https://www.youtube.com/watch?v=XqEkHMvudQo&t=9s>

Por último, para la siguiente sesión dejaremos como tarea pendiente la grabación de un vídeo realizando un plato saludable o receta saludable para su exposición o visualización (no deben durar más de 10 minutos).

Sesión 6. CONSOLIDAMOS LO APRENDIDO.

VISITA GRUPAL 6. CONSOLIDAMOS LO APRENDIDO.

1. Descripción.

Será la sesión de despedida, en la que hablaremos del taller en su plenitud. Por última vez aclararemos y afianzaremos contenido y animaremos a nuestros participantes a mantener o seguir mejorando los cambios o modificaciones que hayan realizado en su estilo de vida. Asimismo, se insistirá en la actividad física, intentando prevenir el sedentarismo con todas sus repercusiones.

2. Duración.

55/60 minutos.

3. Objetivos.

- Afianzar el contenido impartido a lo largo de todo el programa.
- Evaluar comprensión y efectividad del programa.
- Conocer nuevos platos/recetas a través de la visualización de las mismas.
- Motivar y animar a los participantes a mantener y seguir con la modificación favorable de los hábitos de vida.

4. Materiales.

- Dispositivo móvil o portátil con acceso a webcam, vídeo, micrófono, etc.
- Documento Word y teclado o papel y lápiz/bolígrafo.
- Tarea propuesta en la sesión anterior: vídeos de recetas/platos saludables.

5. Desarrollo central de la sesión.

- Se realizará un debate acerca de todo lo aprendido durante los talleres, guiándonos por el resumen enviado y mostrado en la sesión anterior. Cada participante deberá anunciar qué sesión le gustó más y por qué. (10´)
- Se visualizarán los vídeos de recetas saludables. Se hará un concurso de votación de la que más guste por su sencillez, aspecto y lo más importante, que cumpla el requisito de ser saludable. (35/40´)
- Se animará a que formen grupos de “caminatas”, seguir un canal de YouTube común y crear grupos de WhatsApp como forma de mantener la motivación y el contacto. (2´)
- Se alentará a los participantes a mantener y seguir mejorando los hábitos de vida y se les recordará que se les llamará individualmente para seguimiento y ver evolución. (2´)

6. Cierre.

Una vez finalizado el programa, haremos preguntas abiertas a los participantes sobre el mismo: si ha cumplido con sus expectativas, si le ha resultado fructífero, qué cambiarían y por qué, etc. para ayudarnos a mejorar en esta novedosa forma de impartir un programa de Educación para la Salud.

Finalmente, el profesional se mostrará abierto a concertar cita para revisiones, seguimientos, etc.

3.4. SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL TALLER.

Al finalizar las sesiones del taller grupal, se llevarán a cabo 3 consultas de seguimiento individuales (pueden ser presenciales, telefónicas o usando otras TICs) a los 2, a los 6 y a los 12 meses de la finalización de las sesiones.

En estas consultas (puede realizarlas el/la profesional que llevó a cabo el taller grupal o su enfermera/o de familia) se realizará una valoración somato-métrica (peso, talla, IMC y PA), nutricional, de actividad física y de riesgo cardiovascular y se volverán a pasar los cuestionarios iniciales de adherencia a la dieta mediterránea (anexo 2), actividad física (anexo 3) y valoración del consumo de alcohol (anexo 4). También es importante motivar y dar refuerzos positivos ante cualquier logro conseguido (e incluso no empeoramiento), resolver dudas y actuar en caso de recaídas a malos hábitos, sin olvidar:

- Analizar los motivos que la han causado.
- No culpar, no juzgar.
- Reforzar lo conseguido.
- Resaltar lo que se ha logrado ya.
- Reevaluar las motivaciones.
- Proponer intentarlo de nuevo cuando la persona esté preparada.
- Apoyar su decisión y aceptarla siempre, sea cual sea.

3.5. EVALUACIÓN.

3.5.1. INDICADORES DE RESULTADOS.

A continuación, para evaluar los resultados obtenidos en cuanto a cambios en los hábitos de vida y consecución de objetivos del campo sensitivo-motor, nuestros integrantes deberán realizar los siguientes cuestionarios tanto antes como después de finalizar el programa de EpS:

- Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea (anexo 2).
- Cuestionario Internacional de Actividad Física (anexo 3).
- Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión entrevista (anexo 4).

Por otro lado, a continuación, destacamos cuatro diagnósticos de enfermería en relación con nuestra intervención en el programa presentado, detallando los objetivos e indicadores de resultados que analizaremos¹⁷.

[00232] Obesidad r/c actividad física diaria media inferior a la recomendada según sexo y edad, comportamiento sedentario, alteración de la conducta alimentaria (comer frecuentemente en restaurantes, alimentos fritos), consumo de bebidas azucaradas m/p índice de masa corporal (IMC) > 30 kg/m².

[00233] Sobrepeso r/c actividad física diaria media inferior a la recomendada según sexo y edad, comportamiento sedentario, alteración de la conducta alimentaria (comer frecuentemente en restaurantes, alimentos fritos), consumo de bebidas azucaradas m/p índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m².

Criterio de resultados NOC: [1854] Conocimiento: dieta saludable. Objetivo: instruir a la población diana sobre la importancia de una alimentación saludable y equilibrada en relación al peso por medio de las sesiones establecidas en el programa de Educación para la Salud presentado, en un plazo de 3 meses, llevándose a cabo las actividades propuestas, evidenciado por (valores del 1 al 5, siendo 1 ningún conocimiento y 5 conocimiento extenso):

- [185403] Relación entre dieta, ejercicio y peso.
- [185407] Pautas nutricionales recomendadas.
- [185414] Interpretación de la información nutricional de las etiquetas de los alimentos.

[00168] Estilo de vida sedentario r/c interés y motivación insuficiente para realizar actividad física, conocimiento insuficiente sobre los beneficios del ejercicio físico m/p la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según sexo y edad.

Criterio de resultados NOC: [1633] Participación en el ejercicio. [2013] Equilibrio en el estilo de vida. Objetivo: instruir a la población diana acerca de la importancia y el beneficio de mantener un estilo de vida activo y promover la actividad física en este grupo, por medio de las sesiones establecidas (énfasis en la sesión 4), en un plazo de tres

meses, evidenciado por (valores del 1 al 5, siendo 1 nunca demostrado y 5 siempre demostrado):

- [163307] Equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio.
- [163328] Utiliza oportunidades para hacer ejercicio.
- [201310] Utiliza la gestión del tiempo en la rutina diaria.
- [201315] Sincroniza las actividades diarias con los ritmos biológicos.

[00120] Baja autoestima situacional r/c reconocimiento inadecuado, patrón de impotencia y expectativas propias no realistas m/p falta de propósito, subestimación de su habilidad para gestionar la situación.

Criterio de resultados NOC: [1205] Autoestima. Objetivo: Aumentar el juicio y reconocimiento personal sobre la capacidad de cada persona integrante del grupo, por medio de la participación en las sesiones propuestas (énfasis en la sesión 5) y refuerzo positivo, en un plazo de tres meses, evidenciado por (ítems del 1 al 5, siendo 1 nunca positivo y 5 siempre positivo):

- [120512] Aceptación de los cumplidos de los demás.
- [120514] Aceptación de críticas constructivas.
- [120518] Descripción de estar orgulloso.

3.5.2. INDICADORES DE PROCESO.

Se realizará una encuesta de satisfacción (anexo 11), a través de preguntas tipo Likert (siendo 1 la menor puntuación y 5 la mayor), para evaluar el programa en sí y los resultados obtenidos respecto al campo afectivo, teniendo en cuenta: expectativas, contenidos, metodología empleada, condiciones y ambiente, utilidad, organización, docente/s y de forma global el programa, pudiendo incluir comentarios y sugerencias.

3.5.3. INDICADORES DEL APRENDIZAJE.

Como forma de valorar y evaluar la eficacia y el alcance del programa de Educación para la Salud presentado, en cuanto a la evaluación de la consecución de los objetivos del campo cognitivo, se enviará un pretest y un postest (anexo 1) a los participantes, antes de iniciar dicho programa y al finalizarlo.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La necesidad de los cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la profesión, en la que no se hace distinción entre personas con distintas nacionalidades, razas, religión, color, edad, sexo, estatus económico y social y postura política. Entre las primeras responsabilidades del personal de enfermería se encuentra el tener consideración por las personas a las que atiende, proporcionándoles el cuidado que en cada caso se requiere y creando un medio en el que se respeten sus valores, costumbres y creencias. Como profesionales sanitarios, se debe mantener reservada la información personal que se recibe y juzgar juiciosamente cuándo debe ser compartida con alguien.

La enfermería desempeña una labor independiente, aunque interdisciplinar con otros profesionales, con el fin de proporcionar los cuidados de salud necesarios. Además, esta profesión tiene responsabilidades legales en cuanto a las acciones, decisiones y criterios que se llevan a cabo en la atención prestada, bien sea directa o de apoyo.

En la atención prestada, siempre se deben de tener en cuenta tanto los principios como los deberes fundamentales. Por un lado, dentro de los deberes fundamentales se encuentra el compromiso moral de proteger la vida humana, en base a dos principios que son la vida y la autodeterminación de la persona. Por otro lado, encontramos los cuatro principios fundamentales de la enfermería: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

Se precisa imponer un límite en las decisiones profesionales, límite que implica al respeto a la decisión del paciente y a la expresión de la misma, derecho que tiene como ser humano. Se les debe ayudar y aconsejar, pero nunca forzar o intentar manipular sus decisiones. Las formas y modalidades de la comunicación de la “verdad” al paciente y a sus familiares forman parte de una obligación moral que supone frecuentemente un dilema bioético. Los profesionales de sanidad, deben medir y tener presente en sus acciones, los siguientes principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. En caso de existir un conflicto entre varios de estos principios éticos prevalece el principio de justicia y el de no maleficencia.²⁰

Por otra parte, caben destacar dos leyes a tener en cuenta y siempre presente en nuestra práctica clínica: la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2004, de 14 de noviembre, Reguladora Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

5. REFLEXIONES FINALES. CONCLUSIONES.

Primera: Las TICs han creado una nueva cultura digital en la que por cuestiones obvias de la situación que envuelve al país desde el pasado marzo de 2020, todos nos encontramos inmersos. La atención telemática, que antes apenas se consideraba, resulta a día de hoy un elemento necesario que ofrece a la población la oportunidad de acceder al sistema sanitario, servicios y programas especializados, lo que ha provocado simultáneamente la destrucción de las barreras al uso de la tecnología, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales.

Segunda: Creemos que los resultados esperados de este programa de EpS virtual podrían ser positivos en cuanto a la adquisición de hábitos de vida saludables, dejando al margen o sustituyendo aquellas conductas no beneficiosas para la salud, reduciendo de esta forma, la aparición o progresión de enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida, tales como la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes, etc.

Tercera: Teniendo en cuenta la situación en la que nos encontramos, este programa de Educación para la Salud virtual supone un proyecto de futuro, pudiendo, incluso, combinar las dos modalidades presentes en nuestro sistema, la presencial y la imperante

en este momento, la virtual o telemática, por lo que estaríamos hablando entonces del modelo híbrido por el que Sanidad aboga.

Cuarta: Con los instrumentos de evaluación que se proponen, se podría analizar la utilidad de este programa en su puesta en marcha, realizando, si fuera oportuno, cambios o mejoras.

6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Serra Valdés MA. Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. La Habana, Cuba. 2 de julio 2020 [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2020/fi202c.pdf>
2. Pérez-Lara E. Ya es tiempo de tratar a la obesidad como una enfermedad. Diario de Nutrición. 12 de nov 2020 [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: <https://www.diariolibre.com/estilos/blogs/diario-de-nutricion/ya-es-tiempo-de-tratar-a-la-obesidad-como-una-enfermedad-OE22624813#:~:text=Es%20en%20el%20a%C3%B1o%202013%20cuando%20la%20Asociaci%C3%B3n,graso%20y%20predispone%20al%20desarrollo%20de%20otras%20enfermedades.>
3. Pilar SA. La epidemia de la obesidad en España. Rtve. 15 de enero 2019 [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: <http://www.rtve.es/las-claves/la-obesidad-en-espana-2019-01-15/>
4. Cactu.org [Internet]. Datos y cifras: Obesidad y sobrepeso. 14 de abril 2020 [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: <https://cactu.org/ec/datos-y-cifras-obesidad-y-sobrepeso/>
5. Gastronomiaycia.republica.com [Internet]. Ranking de países de la OCDE con mayor tasa de obesidad 2017. Obesity Update 2017. 25 de mayo 2017 [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: <https://gastronomiaycia.republica.com/2017/05/25/ranking-de-paises-de-la-ocde-con-mayor-tasa-de-obesidad-2017/#:~:text=Estados%20Unidos%20encabeza%2C%20junto%20a%20M%C3%A9xico%20y%20Nueva,prevalencia%20de%20la%20obesidad%20entre%20la%20poblaci%C3%B3n%20adulto>
6. NAOS. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en España en el informe “The heavy burden of obesity”. OCDE 2019. Agencia española de seguridad alimentaria y nutrición. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Resumen resultados informe OCD-NAOS.pdf>
7. OCDE. Obesity Update 2017. 23 de abr 2018 [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: <https://labtestsonline.es/news/uno-de-cada-cinco-espanoles-tendra-obesidad-en-2030-segun-la-ocde>
8. Elcorreoweb.es [Internet]. La incidencia de la obesidad en Andalucía es de las más altas en todo el país. ElCorreo. Sevilla. 28 de septiembre 2019 [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: <https://elcorreoweb.es/andalucia/la-incidencia-de-la-obesidad-en-andalucia-es-de-las-mas-altas-en-todo-el-pais-YJ5856436>

9. Antena3.com [Internet]. ¿Por qué cada vez crece más la obesidad en España? Antena 3 Noticias. 12 de nov 2019 [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: https://www.antena3.com/noticias/sociedad/por-que-cada-vez-crece-mas-la-obesidad-en-espana_201911125dca76ee0cf26ce455919bac.html
10. Prioridades de campaña. Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre ENT. 2018. [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: <https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/2018HLMCampaignPrioritiesESPANOL.pdf>
11. JuntadeAndalucía.es [Internet]. Guía de recomendaciones sobre hábitos saludables en Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. 2020 [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/consejo-dietetico.html>
12. JuntadeAndalucía.es [Internet]. Prevención y promoción de la salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria: Consejo dietético. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/2-atencion-especifica/25-prevencion-y-promocion-de-la-salud/253-consejo-dietetico>
13. González D. COVID-19: un abordaje del impacto en atención sanitaria, sanitarios, pacientes y economía. Gaceta Médica. 2 de febrero 2021 [21 de abr 2021]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/profesion/covid-19-un-abordaje-del-impacto-en-atencion-sanitaria-sanitarios-pacientes-y-economia/>
14. Diariofarma.com [Internet]. El reto de la atención a crónicos, debate. 12 febrero 2021 [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: <https://www.diariofarma.com/2021/02/12/el-reto-de-la-atencion-a-cronicos-a-debate>
15. Pandasecurity.com [Internet]. La tecnología y la pandemia redefinen la atención sanitaria. 19 febrero 2021 [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: <https://www.pandasecurity.com/es/mediacenter/mobile-news/tecnologia-pandemia-sanitaria/>
16. Who.int [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es>
17. NANDA-International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación; 2018-2020 [Internet]. Barcelona: Elsevier. España; 2018. Available from: <http://0-www.nnnconsult.com.fama.us.es/>
18. Mundocuentas.com [Internet]. Qué es, características, cuáles son sus ventajas e inconvenientes: zoom, Skype, classroom. Disponible en: <https://www.mundocuentas.com/>
19. Menshealth.com [Internet]. La obesidad aumenta drásticamente el riesgo de enfermarse de COVID-19 de forma grave. Men's health. 28 de agosto 2020 [consultado 21 de abr 2021]. Disponible en: <https://www.menshealth.com/es/salud-bienestar/a33479425/obesidad-coronavirus-sobrepeso-covid/>
20. Guillart ML. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cubana Oftalmol. Cuidad de la Habana. Abr-jun 2015. 28 (2).

Disponibile en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21762015000200009

7. ANEXOS.

7.1. Anexo 1. Cuestionario pretest.

¿VERDADERO O FALSO?

1. La aparición de Diabetes Mellitus tipo II no se relaciona con el estilo de vida de la persona.
2. Los productos light no engordan.
3. El ejercicio físico mejora las defensas, disminuye el riesgo de padecer ciertos cánceres y libera endorfinas (hormona de la felicidad).
4. La obesidad y el sedentarismo son evitables.
5. Se aconseja ir a comprar antes de comer.
6. Los lácteos desnatados aportan menos grasas y por tanto, son más saludables.
7. Dentro de las comidas rápidas nos encontramos con "comidas basuras" (comida precocinada) y "comidas sanas" (productos congelados crudos).
8. Una alimentación equilibrada es aquella en la que se aportan los nutrientes necesarios, en las proporciones adecuadas y con el aporte calórico adecuado.
9. La dieta mediterránea ha demostrado disminuir la mortalidad global.
10. Dentro de los nutrientes se encuentran: proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales
11. El porcentaje de los nutrientes en una dieta equilibrada son: 55% de HC, 30% de grasas y 15% de proteínas.
12. Los pasteles y otros productos de azúcar refinada son azúcares simples que aportan energía, vitaminas, minerales y fibra.
13. Las proteínas pueden ser de origen animal y vegetal.
14. Las carnes menos grasas son la ternera y pollo.
15. Las proteínas de origen vegetal se encuentran en las legumbres y semillas como la soja.
16. Todas las grasas engordan lo mismo, pero las grasas procedentes de la carne y la mantequilla o margarina son peores para la salud.
17. Las grasas insaturadas contribuyen a reducir los niveles de colesterol LDL ("malo") y aumentan el HDL ("bueno").
18. Las grasas saturadas o "malas" se encuentran en el aceite de oliva y el pescado azul.
19. El aceite de oliva virgen extra es la mejor opción para cocinar y complementar aliños.
20. Los hidratos de carbono y las grasas se utilizan como fuente de energía.
21. 1 gr de alcohol aporte más calorías (7 kcal) que los hidratos de carbono (4 kcal).
22. Se recomienda comer 3 piezas de fruta al día.
23. Comer despacio sacia antes y previene de molestias estomacales.
24. Se recomiendan 30 min de actividad física moderada diaria en adultos y 60 min en niños.
25. En un individuo sano es preferible usar ascensor en vez de escaleras y transporte en vez de caminar.

7.2. Anexo 2. Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea (Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, Lamuela-Raventós R, Ros E, Salaverría I, Fiol M, Lapetra J, Vinyoles E, Gómez-Gracia E, Lahoz C, Serra-Majem L, Pintó X, Ruiz-Gutierrez V, Covas MI. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *J Nutr.* 2011 Jun;141(6):1140-5).

Nº	Pregunta	Modo de valoración	Puntos
1	¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?	Si =1 punto	<input type="checkbox"/>
2	¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?	Dos o más cucharadas =1 punto	<input type="checkbox"/>
3	¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones acompañamientos contabilizan como ½ ración)?	Dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas)= 1 punto	<input type="checkbox"/>
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	Tres o más al día= 1 punto	<input type="checkbox"/>
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr.)?	Menos de una al día= 1 punto	<input type="checkbox"/>
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día porción individual equivale a 12 gr)?	Menos de una al día= 1 punto	<input type="checkbox"/>
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de una al día= 1 punto	<input type="checkbox"/>
8	¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	Tres o más vasos por semana= 1 punto	<input type="checkbox"/>
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?	1 res o mas por semana= 1 punto	<input type="checkbox"/>
10	¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?	Tres o más por semana= 1 punto	<input type="checkbox"/>
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?	Menos de tres por semana= 1 punto	<input type="checkbox"/>
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?	Una o más por semana= 1 punto	<input type="checkbox"/>
13	¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100- 150 gr)?	Si= 1 punto	<input type="checkbox"/>
14	¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	Dos o más por semana= 1 punto	<input type="checkbox"/>
Resultado final, puntuación total			<input type="checkbox"/>

NIVEL DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN.

Como regla general, se puede decir que una persona tiene buena adherencia cuando obtiene una puntuación igual o superior a 8 puntos.

Puntuación \geq 8	Buena adherencia.
Puntuación < 8	Baja adherencia.

7.3. Anexo 3. Cuestionario Internacional de Actividad Física (Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc. 2003 Aug;35(8):1381-95).

1.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizo actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)	<input type="checkbox"/>
2.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
3- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)	<input type="checkbox"/>
4.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
5.- Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)	<input type="checkbox"/>
6.- Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>
7.- Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	<input type="checkbox"/>

VALOR DEL TEST:

1. Caminatas: $3'3 \text{ MET}^{\dagger} \times \text{minutos de caminata} \times \text{días por semana}$ (Ej. $3'3 \times 30 \text{ minutos} \times 5 \text{ días} = 495 \text{ MET}$)
2. Actividad Física Moderada: $4 \text{ MET}^{\dagger} \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$
3. Actividad Física Vigorosa: $8 \text{ MET}^{\dagger} \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$

A continuación sume los tres valores obtenidos:

Total = caminata + actividad física moderada + actividad física vigorosa

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN:

- Actividad Física Moderada:
 1. 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos por día.
 2. 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.
 3. 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET*.
- Actividad Física Vigorosa:
 1. Actividad Física Vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET*.
 2. 7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3000 MET*.

* Unidad de medida del test.

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN.

Nivel alto	<p>Si se cumple cualquiera de los siguientes dos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividad Física Vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET. - 7 días de cualquier combinación de caminata con actividad física moderada y/o actividad.
Nivel moderado	<p>Si se cumple cualquiera de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos de 20 minutos por día. - 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos de 30 minutos por día. - 5 o más días de cualquiera de las combinaciones caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET.
Nivel bajo	<p>Si no hay actividad física o si esta es insuficiente para incluirla en las categorías anteriores.</p>

Nota. Las preguntas del “tiempo sentado” (ítem 7) aportan una información adicional sobre el tiempo que se gasta en una actividad sedentaria, no estando incluida en el resultado general de actividad física.

7.4. Anexo 4. Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista (WHO. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001).

Lea las preguntas tal y como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo “Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año”. Explique qué entiende por bebidas alcohólicas, utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. codifique las respuestas en términos de consumiciones (“bebidas estándar”). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i>	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.
Registre la puntuación total aquí	
<i>Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario</i>	

NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

Consumo de bajo riesgo.	<u>Hombres</u> : puntuaciones entre 0 y 7. <u>Mujeres</u> : puntuaciones entre 0 y 5.
Consumo de alto riesgo.	<u>Hombres</u> : puntuación mayor que 7. <u>Mujeres</u> : puntuación mayor que 5.

7.5. Anexo 5. Dinámica mito/verdad.

1. “Los alimentos congelados pierden todas las propiedades” **FALSO**. La ultracongelación mantiene intacta las propiedades nutricionales del alimento. Cocinar y congelar puede ser de gran ayuda para comer bien, cuando no hay tiempo de “meterse en la cocina”.
2. “Comer 3 veces al día es lo mejor para el organismo” **FALSO**. Lo más saludable es comer entre las comidas principales algo a media mañana y a media tarde para mantener activo el metabolismo.
3. “Los zumos envasados son iguales a los naturales” **FALSO**. Es importante aprender a leer las etiquetas para evitar un exceso de azúcar.
4. “El pan blanco engorda más que el pan integral” **FALSO**. Engordan igual solo que el integral te ayuda a mejorar el tránsito intestinal. Mismos ingredientes: harina, agua, sal y levadura. El integral, además, fibra.
5. “Los productos light son más saludables”. **FALSO**. Aunque son bajos en calorías, algunos tienen alto contenido en grasas, por lo que no son de por sí opciones más sanas.

DIFERENCIAS ENTRE BAJO EN GRASAS Y LIGHT.

Un alimento **bajo en grasas**, es aquel que posee como máximo 3 gr. de grasa por 100 gr. de producto (1,5% de producto líquido). Este tipo de alimento es adecuado para las personas que cuidan su peso, para aquellas personas con enfermedades cardíacas y para las que desean seguir una alimentación saludable.

Un alimento **“light”** es aquel que tiene un 25% menos de grasas o kilocalorías que el alimento con el que se le compara. Esto significa que un alimento light puede contener un elevado contenido de grasas, como por ejemplo las mayonesas light o las margarinas light, ya que por 100 gr. contienen aprox. 34-33 gr. de grasa, respectivamente, es decir, es una inmensa cantidad de grasas (10 veces más de lo que indica la norma para denominar alimentos de bajo contenido graso).

Muchas personas piensan erróneamente que un producto light es un producto sin grasa o sin kilocalorías, según una encuesta realizada por analistas y consultores, y por tal motivo, muchas verán perjudicada su salud pensando que no están consumiendo grasas.

6. “Mantequilla y margarina no es lo mismo”. **VERDADERO**. La margarina tiene entre sus compuestos ácidos grasos “trans” que se utilizan para poder solidificarla. Estos son muy perjudiciales.
7. “El consumo de agua, durante la comida, hace que se asimile el doble”. **FALSO**. El agua no aporta calorías, ya que no contiene nutrientes. Por lo tanto, no engorda, aunque se tome antes, durante o después de las comidas.
“Tomar agua en las comidas engorda”. **FALSO**. No importan cuando se beba, el aporte de calorías es 0. Es vital para mantenerse hidratados, pero tampoco hay que exagerar ni creer a pies juntillas que hay que tomar por lo menos dos litros al día. Cada uno debe beber el agua que necesite y guiarse por la sed más que por otras recomendaciones/opiniones.
8. “Las zanahorias alimentan más crudas”. **FALSO**. Al someterlas al calor con cualquier cocinado se rompen las paredes celulares y se liberan betacarotenos. Tampoco es cierto que comerlas mejore la vista.
9. “No hay que comer más de dos huevos a la semana”. **FALSO**. Aportan proteínas de alto valor biológico, además de vitaminas de los grupos A y B, destacando su contenido en hierro de fácil absorción. Casi todos los estudios consideran que el consumo de 1-3 huevos al día es saludable para la mayor parte de la población.

Nota. Extraído de Taller Piobin: “La Hora de Comer”. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Clínica Alemana (marzo, 2014). *10 mitos y verdades sobre la alimentación.* <https://www.clinicaalemana.cl/articulos/detalle/2014/10-mitos-y-verdades-sobre-la-alimentacion>

7.6. Anexo 6. Patologías y factores de riesgo.

Algunos ejemplos de correlaciones entre determinadas patologías y ciertos factores de riesgo de origen alimentario

PATOLOGÍA	FACTORES DE RIESGO DE ORIGEN ALIMENTARIO
Hipertensión arterial	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo inadecuado de frutas y verduras - Consumo excesivo de sal
Enfermedades cerebrales y cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo inadecuado de frutas y verduras - Consumo excesivo de ácidos grasos saturados - Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras
Cánceres (especialmente de colon, mama, próstata y estómago)	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo inadecuado de frutas y verduras - Consumo excesivo de alcohol - Consumo excesivo de sal - Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras - Actividad física inadecuada o exceso ponderal
Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> - Aporte energético excesivo - Actividad física inadecuada
Diabetes no insulino dependientes (tipo 2)	<ul style="list-style-type: none"> - Obesidad - Actividad física inadecuada
Osteoporosis	<ul style="list-style-type: none"> - Aporte inadecuado de calcio - Aporte inadecuado de vitamina D - Actividad física inadecuada
Caries	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo frecuente de hidratos de carbono fermentables y/o alimentos o bebidas con alto contenido en azúcar
Erosión dental	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de alimentos, frutas o bebidas de contenido ácido
Trastornos debidos a una deficiencia de yodo	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo inadecuado de pescado o de alimentos enriquecidos con yodo
Anemia ferropénica	<ul style="list-style-type: none"> - Aporte inadecuado o inexistente de hierro - Consumo inadecuado de frutas, verduras y carne
Menor resistencia a las infecciones	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo inadecuado de frutas y verduras - Consumo inadecuado de micronutrientes - Lactancia materna inadecuada
Alergias alimentarias	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de alérgenos en los alimentos

Fuente: Comisión Europea. Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión Europea en el campo de la nutrición en Europa. (Se han eliminado las patologías y factores que no están relacionados directamente con la población infantojuvenil, como espina bífida, o el alcohol).

Nota. Extraído de la Guía para las familias de Alimentación Saludable. Estrategia NAOS. Programa Perseo: ¡Come sano y muévete!

7.7. Anexo 7. Registro de comidas.

Comidas/ día de la semana	lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
desayuno							
almuerzo							
comida							
cena							

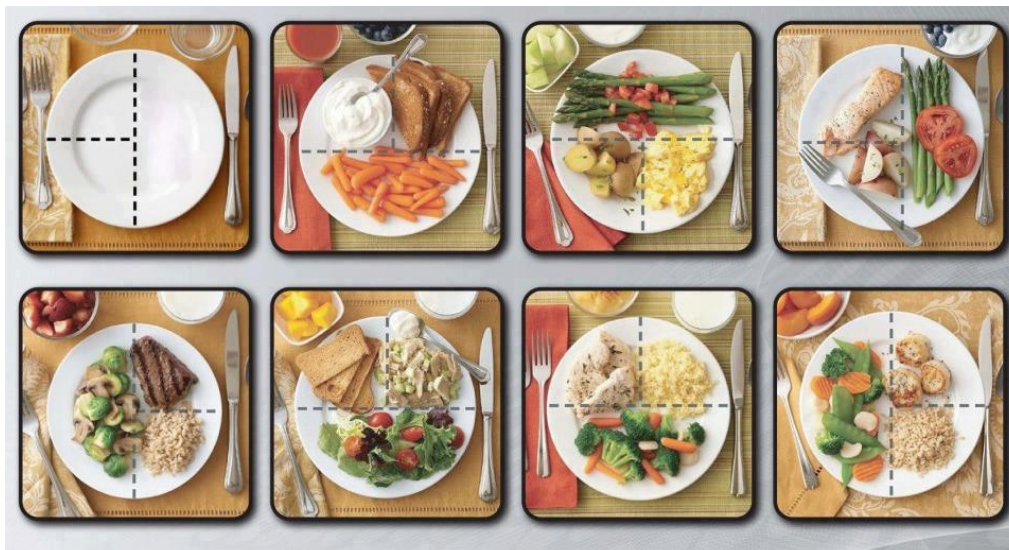
Nota. Extraído de la guía Alimentación Saludable Mundo Saludable: Alimentos Ecológicos para Escolares de Andalucía (Junta de Andalucía).

1º Anotar las comidas del día	Menú	Ingredientes	4º Completar el menú
Desayuno			
Media mañana			
Almuerzo			
Merienda			
Cena			
Picoteo entre horas			
3º Una vez completada la piramide	¿Falta algo? ¿Sobra algo?		

Nota. Extraído del Plan de consumo de fruta en las escuelas andaluzas.

7.8. Anexo 8. Método del plato.

El método del plato ayuda a saber la cantidad correcta de alimentos que hay que comer sin necesidad de: pesar los alimentos, contar las calorías, contar las raciones de HC... Lo único que se necesita es un plato llano (estándar).



Clid Clínica Integral Diabetes (2015, marzo). *El método del plato*.
<http://www.clidiabetes.com/el-metodo-del-plato/>

7.9. Anexo 9. Mural de alimentos para relacionar con función, aporte, etc.




Organización Mundial de la Salud (2020, agosto). *La nueva Piramide Nutricional OMS 2020.* <https://piramidealimenticia.es/dietas/la-nueva-piramide-nutricional-oms-2020/#:~:text=%20La%20OMS%2C%20en%20su%20nueva%20pir%C3%A1mide%20nutricional%2C,el%20almuerzo%20como%20en%20la%20cena.%20More%20>

7.10. Anexo 10. Lectura de etiqueta nutricional.

• Utilice las siguientes orientaciones para interpretar los contenidos de los nutrientes en los alimentos⁽¹⁰⁾:

- **SAL**
 - Contenido alto: 1,25 g de sal o más por 100 g.
0,5 g de sodio o más por 100 g.
 - Contiene un poco de sal: 0,25 g de sal o menos por 100 g.
0,1 g de sodio o menos por 100 g.Elige aquellos alimentos que son bajos en sal (0,25 g de sal o menos por 100 g).
- **GRASAS**
 - Contenido alto: 20 g o más por 100 g.
5 g de grasas saturadas o más por 100 g.
 - Cantidad moderada de cantidad total de grasas:
entre 3 g y 20 g por 100 g.
entre 1 g y 5 g de grasas saturadas por 100 g.
 - Un poco de grasa: 3 g o menos por 100 g.
1 g de grasas saturadas o menos por 100 g.Elige los alimentos que contienen sólo una pequeña cantidad de grasas (3 g o menos por 100 g) y evita los que tienen mucha grasa (20 g o más por 100 g).
- **AZÚCAR**
 - Mucha cantidad de azúcar: 10 g o más por 100 g.
 - Moderada cantidad: entre 2 g y 10 g por 100 g.
 - Un poco de azúcar: 2 g o menos por 100 g.



Nota. Extraído de la Guía para las familias de Alimentación Saludable. Estrategia NAOS. Programa Perseo: ¡Come sano y muévete!

7.11. Anexo 11. Encuesta de Satisfacción.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Curso: <u>APRENDAMOS SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA.</u>								
Fecha: <u>04/05/2021.</u>								
Este cuestionario es anónimo; por tanto, rogamos responda con sinceridad y objetividad. Su opinión será de gran utilidad para mejorar la calidad de la atención en el futuro. Entregue el cuestionario una vez cumplimentado.			SEXO		EDAD			
			Hombre... <input type="checkbox"/>		18 a 25..... <input type="checkbox"/>			
			Mujer..... <input type="checkbox"/>		26 a 40..... <input type="checkbox"/>			
					41 a 55..... <input type="checkbox"/>			
					> 55..... <input type="checkbox"/>			
Valore de 1 a 5 su aceptación de los diversos aspectos del curso (1 valor más negativo y 5 el más positivo)								
EXPECTATIVAS								
1. Las expectativas se han cumplido.				1	2	3	4	5
CONTENIDOS								
2. El contenido se adapta a las necesidades.				1	2	3	4	5
3. El nivel de profundidad de los temas es el adecuado.				1	2	3	4	5
METODOLOGÍA								
4. Las técnicas didácticas utilizadas son las adecuadas.				1	2	3	4	5
5. Se permite una participación activa.				1	2	3	4	5
6. La documentación/materiales son útiles.				1	2	3	4	5
CONDICIONES Y AMBIENTE								
7. Plataforma virtual.				1	2	3	4	5
8. El ambiente.				1	2	3	4	5
9. El horario.				1	2	3	4	5
10. Su distribución.				1	2	3	4	5
UTILIDAD								
11. Puntúa la utilidad del curso.				1	2	3	4	5
ORGANIZACIÓN								
12. La organización general le parece...				1	2	3	4	5
DOCENTES								
13. María José Crespillo Caro.				1	2	3	4	5
-Nivel de conocimientos				1	2	3	4	5
-Capacidad comunicativa				1	2	3	4	5
-Fomenta la participación				1	2	3	4	5
RESUMEN								
14. La actividad merece una evaluación global de...				1	2	3	4	5
COMENTARIOS SOBRE EL GRUPO								
¿QUÉ ES LO QUE MÁS LE GUSTÓ DEL CURSO?			¿Y LO QUE MENOS LE HA GUSTADO?					
1.-			1.-					
2.-			2.-					
3.-			3.-					
SUGERENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA								
ÁREAS DE MEJORA QUE PROPONE Y/O FORMACIÓN QUE LE INTERESA								
.....								
.....								
.....								
.....								