



Facultade de Enfermaria e Podoloxia

Curso académico 2013-2014

GRAO EN ENFERMARÍA

TRABALLO FIN DE GRAO

¿Puede la acupresión incrementar las conductas saludables relacionadas con una mejor gestión del peso corporal?

Rocío Dopico Losada

13 De Junio de 2014

Índice

1. TÍTULO DEL PROYECTO Y RESUMEN	5
2. ANTECEDENTES Y ESTADO DEL CONOCIMIENTO	7
3. HIPÓTESIS	22
4. OBJETIVOS	23
5. METODOLOGÍA.....	24
5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO Y MUESTRA	24
5.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN EL ESTUDIO.	26
5.3. VARIABLES EN ESTUDIO	27
5.3.1. Variables causales:	27
5.3.2. Variables de resultado:.....	27
5.4. RECOGIDA DE DATOS, TRATAMIENTO Y CONTROL DE CALIDAD	28
5.4.1. CUESTIONARIO DE VARIABLES DE ELABORACIÓN PROPIA.....	29
5.4.2. CUESTIONARIO DE PERFIL DE ESTILO DE VIDA (PEPS-II)	29
5.4.3. PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (PSN)	30
5.5. MATERIAL.....	31
5.6. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL ESTUDIO	32
5.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	33
5.8. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	34
6. PLAN DE TRABAJO	39
6.1. PLANIFICACIÓN DE TIEMPOS	39
7. DECLARACIONES ÉTICAS Y LEGALES	48
8. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	49

9.	FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	52
9.1.	RECURSOS NECESARIOS	52
9.2.	POSIBLES FUENTES DE FINANCIAMIENTO	54
10.	RESULTADOS ESPERADOS	55
11.	BIBLIOGRAFÍA	56
	ANEXOS	68
	ANEXO I: CARTA COORDINADOR/A DE ENFERMERÍA	68
	ANEXO II: SESIÓN INFORMATIVA	70
	ANEXO III: HOJA DE INFORMACIÓN A LA PARTICIPANTE	71
	ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO	76
	ANEXO V: CUESTIONARIO DE ELABORACIÓN PROPIA	77
	ANEXO VI: CUESTIONARIO DEL ESTILOS DE VIDA II	78
	ANEXO VII: CUESTIONARIO DEL PERFIL DE SALUD DE	82
	ANEXO VIII: HOJA DE SEGUIMIENTO SEMANAL	86
	ANEXO IX: RUTINA DE ACUPRESIÓN: GRUPO DE CONTROL	87
	ANEXO X: RUTINA DE ACUPRESIÓN: GRUPO DE CASOS	87

ABREVIATURAS

- IMC: Índice de masa corporal
- Pender NJ: Nola J. Pender
- SNS: sistema nacional de salud
- C.S.: centro de salud
- PEPS-II: Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida
- PSN: Perfil de salud de Nottingham
- A.P.: atención primaria
- CEIG: comité ético de la investigación clínica de Galicia

1. TÍTULO DEL PROYECTO Y RESUMEN

TITULO:

¿Puede la acupresión incrementar las conductas saludables relacionadas con una mejor gestión del peso corporal?

RESUMEN:

Introducción: Después de constatar los efectos de la acupresión en poblaciones de diferentes edades y culturas, se plantea un estudio experimental enmarcado en la teoría de promoción de la salud de Pender, dirigido a conocer si la acupresión puede favorecer el que las personas muestren disposición a realizar conductas saludables directamente relacionadas con la alimentación y la gestión del peso corporal.

Metodología: Se plantea un estudio experimental con diseño de ensayo clínico aleatorizado controlado, siendo los participantes personas que manifiestan su voluntad de mejorar su alimentación y/o su peso corporal. Se establece un grupo de intervención y uno control. Ambos reciben pautas alimentarias y de actividad física, que no se les pide que sigan, y se les enseña una rutina de acupresión. En el grupo intervención la rutina está dirigida a potenciar sus habilidades en la gestión del peso, y en el grupo control, una rutina de falsos puntos de acupresión.

Resultados: Se espera que los resultados permitan esclarecer si la estimulación manual de los puntos de acupuntura seleccionados, puede ayudar a mejorar las conductas vinculadas a un estilo de vida promotor de la salud nutricional y de la actividad física saludable, como estrategia para mejorar la gestión de su peso corporal.

Palabras clave: acupressure, sobrepeso, obesidad, Pender NJ, Promoción de la salud.

Abstract

TITLE:

Can acupressure increase healthy behaviors related to better weight management?

SUMMARY:

Introduction: After noting the effects of acupressure in populations of different ages and cultures, an experimental study on the theory of framed health promotion Pender, aimed at ascertaining whether acupressure can promote that arises people show willingness to make healthy behaviors directly related to food and weight management.

Methodology: an experimental study design is proposed with randomized controlled clinical trial, participants still people who express their desire to improve their diet and / or body weight. An intervention group and a control group is established. Both receive dietary and physical activity guidelines, which are not required to follow, and are taught a routine acupressure. In the intervention group routine is aimed at strengthening their skills in weight management, and the control group, a routine of fake acupressure points.

Results:It is expected that the results will allow to clarify whether manual stimulation of acupuncture points selected, can help improve behaviors related to a lifestyle promoting the nutritional health and healthy physical activity as a strategy to improve the management of their body weight.

KEYWORDS: acupressure, overweight, obesity, NJ Pender, HealthPromotion.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO DEL CONOCIMIENTO

El paradigma de la promoción de la salud que se materializaba en cinco compromisos de carácter internacional en la conferencia Internacional de Ottawa en 1986, continúa vigente en la actualidad, (1) y cuenta con el respaldo de la OMS, numerosos profesionales y sociedades científicas.

Todo este movimiento de la promoción de la salud, impulsado por Antonovsky, abogó por una reorientación de los sistemas sanitarios hacia la salud de las personas, y por tanto hacia la promoción de estilos de vida saludables; y no hacia sus enfermedades o molestias, lo que si bien en la teoría caló profundamente en los discursos de los sanitarios y en el ordenamiento de los países desarrollados, en la práctica quedó relegado a un segundo plano, por detrás de las acciones curativas y rehabilitadoras.

Sin embargo, en las últimas décadas, los profesionales del nivel primario de atención han ido incrementando paulatinamente sus roles, en el campo de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, adecuándose a los nuevos patrones de morbimortalidad y los nuevos modelos de atención sanitaria: el modelo biomédico-psicosocial, modelo biopsicosocial-psicoanalítico, y modelos feministas. (2)

Ello se ha debido básicamente a que se han dado cuenta de que son una de las fuentes de información más confiables para sus pacientes, tienen numerosos contactos con la población a la que atienden a lo largo de sus vidas, y tienen la potencialidad de identificar tempranamente los estadios iniciales de las enfermedades que se van manifestando en ellos (3).

La mayoría de los sistemas sanitarios de los países occidentales han ido adaptándose a esta tendencia del cambio de patrón epidemiológico, evolucionando hacia un modelo de atención a personas con enfermedades crónicas que enfatiza la capacitación de pacientes y familiares y realza la función de la enfermera en la monitorización y

evaluación de lo realizado (4) colocando el foco de su atención en la enfermedad crónica y la capacidad de vivir con ella en las mejores condiciones posibles.

No obstante en estas últimas décadas, numerosos profesionales de enfermería, han extendido su rol al counselling para promover un estilo de vida saludable en ciertos grupos de pacientes (3). Estas actividades de promoción de la salud y las de consejo han supuesto un descenso en el consumo de alcohol por parte de la población (5), el abandono del consumo de tabaco (6,7) el aumento de la actividad física (8 y 9), la reducción del peso corporal (10) y una mejor gestión de sus condiciones de salud en personas con patología crónica como la diabetes mellitus (11).

Estudios sobre las ventajas y dificultades de los profesionales de enfermería para la promoción de estilos de vida saludables en el nivel primario de atención, han señalado que los profesionales de enfermería son las personas con mayor potencial de éxito en las intervenciones de promoción de la salud (12) y su rol ha continuado expandiéndose hacia nuevos paradigmas de atención y nuevas formas de comprender a las familias de la comunidad.

Tal es el caso de Berkman (1995) que estudió la promoción de la salud de las familias y el apoyo social como factor protector de ésta, sugiriendo las líneas de actuación que en el futuro se habrían de abrir para poder materializarla potenciando sus fortalezas.

Alley y colaboradores (2010), trabajaron en la promoción de estilos de vida saludables en mujeres sin hogar, descubriendo el increíble potencial de la intervención enfermera reconociendo y reconstruyendo los niveles de cuidados individuales y comunitarios a partir de las fortalezas de las mujeres en períodos críticos de sus vidas.

El desarrollo teórico de la profesión enfermera no ha escapado tampoco a esta corriente. Nola Pender desarrollaba en 1970 el soporte teórico que daba forma a una atención enfermera salutogénica, centrada en la promoción de conductas saludables, apoyándose para ello en la teoría de la acción razonada, en la teoría de la acción planteada, y en la teoría social-cognitiva (13).

Pender desarrolla el modelo de promoción de la salud, reconociendo al profesional de enfermería como aquel que ayuda a las personas a responsabilizarse de su propia salud y a llevar una vida saludable, motivándoles y educándoles en esta dirección (14). Para Pender las personas necesitan de la intervención de los profesionales de enfermería cuando no están comprometidas con la realización de aquellas conductas que constituyen lo que ella denomina un “estilo de vida saludable”. Este modelo enfermero pretende ayudar a comprender la forma en que las personas toman decisiones acerca del cuidado de su propia salud (15), postulando que debe anteponerse la promoción de un óptimo estado de salud a la prevención de las enfermedades. Para Pender la promoción de la salud es el objetivo en salud del siglo XXI, del mismo modo que la prevención de las enfermedades lo fue del siglo XX (13).

Pender considera el estilo de vida, como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud. Según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, son factores que inducen a la realización de conductas promotoras de la salud. La modificación de estos factores y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud. (13)

El modelo de promoción de la salud da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación

a otra. Pender considera que influye de forma determinante en las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos y la utilización de los servicios de salud.

Este modelo se presenta como una valiosa herramienta al servicio de los profesionales de enfermería para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas -particularmente a partir del concepto de autoeficacia-, en dirección al logro de un estilo de vida saludable, pudiendo valorar así la pertinencia de sus intervenciones y exploraciones (15)

Pese a todo el estilo de vida insano, sigue siendo desde hace décadas el mayor determinante de la salud de los habitantes de los países desarrollados (16). Es innegable que el desarrollo socioeconómico del último siglo ha aportado enormes mejoras en la salud de las poblaciones donde se ha producido, pero no es menos cierto que ha traído consigo un crecimiento desorbitado en la exposición a riesgos, directamente relacionados con el ambiente, las conductas y sobre todo los estilos de vida (17).

Entre las enfermedades vinculadas al desarrollo, la diabetes mellitus está adquiriendo una importancia creciente por su relación con la sobrealimentación, el sedentarismo y la obesidad y las previsiones de la OMS sugieren que en el año 2025 habremos pasado de 200 a 330 millones de personas aquejadas de esta enfermedad. La obesidad aumenta el riesgo de muchas enfermedades, como la diabetes, pero también como la hipertensión arterial, dislipemia, enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, enfermedad osteomuscular, apnea obstructiva del sueño y enfermedad grasa del hígado, entre otras. La obesidad se asocia a una pérdida de calidad de vida y a limitaciones en la función física y mental. Se estima que la esperanza de vida a los 40 años de una persona obesa es 7 años menor que la de una sin exceso de peso (18). Se estima que unas 2.100 millones de personas alrededor del

mundo tienen problemas de sobrepeso o son obesas (19), considerándose en la actualidad como un problema emergente de los últimos años (5), de hecho en Europa entre un 15 y un 25% de la población adulta ya es obesa. (6)

Constituye un problema de salud pública de magnitudes epidémicas por su alta frecuencia y su tendencia creciente en el conjunto de la población lo que deriva en un mayor uso de servicios sanitarios (9) y en consecuencia en crear una carga económica para el Estado que debe intervenir sobre ésta, y sobre los efectos que produce, además de desarrollar acciones para la recuperación y rehabilitación del paciente (20). La atención de una persona con obesidad llega a ser hasta tres veces más costosa que la de otra con peso correcto (21), siendo además personas mucho más frecuentadoras de los servicios de salud. (10).

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético de manera que la cantidad de energía gastada sea menor que la ingerida (6). En este desequilibrio influyen muchas causas, unas hereditarias y otras conductuales y medioambientales. Se considera que la obesidad es el resultado de la interacción entre todas estas causas (6). En el mundo, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización. (22)

Ningún país ha logrado reducir las cifras de obesidad y se espera que sigan incrementándose de forma constante en el tiempo (19), y debe ser considerada una seria amenaza para la salud individual y colectiva, por las importantes consecuencias y riesgos aumentados de morbilidad y mortalidad que si no se previenen o revierten precozmente podrán suceder (6). El tratamiento de la obesidad tiene una efectividad limitada

(6), por lo que la prevención del problema y la promoción de hábitos y comportamientos que retrasen o impidan la aparición del problema, adquieren una gran importancia (6) Es por esto que la promoción de la salud puede considerarse una inversión a largo plazo que evita costes económicos, sociales y mejora la calidad de vida de las personas. (20)

En nuestro país, se ha constatado una prevalencia de sobrepeso en la población adulta del 39,4% y un 22,9% de obesidad y su aparición es más frecuente en mujeres y aumenta con la edad, llegando hasta el 70% en las mujeres de 65 y más años (6,23). Galicia, junto con Canarias y las comunidades autónomas del sur de España, presentan la mayor prevalencia de obesidad en ambos sexos desde hace 25 años (3).

Diversos estudios revelan que las mujeres son mucho más susceptibles a padecer este problema que los hombres, pese a que son las más involucradas en su salud y en la del grupo familiar, las que tienen más contacto con los servicios de salud, pero en última instancia las que descuidan su autocuidado a favor de los que dependen de ellas, lo que está en consonancia con las expectativas de su rol en la sociedad patriarcal (24,25).

Se ha observado también que las intervenciones dirigidas a restringir el valor energético de la dieta y a incrementar la actividad física no son las que mejores resultados proveen en mujeres (26), pudiendo observarse como el compromiso con un mejor estilo de vida, produce mayor adherencia al tratamiento que las medidas dietéticas y de actividad física dirigidas a fomentar la pérdida de peso. Se ha demostrado que la intervenciones más efectivas son aquellas de alta intensidad que combinan educación alimentaria- nutricional y consejería en actividad física con estrategias conductuales que provean a los pacientes el apoyo necesario para cambiar sus hábitos de alimentación y hacerse físicamente más activos. (27)

La obesidad de tipo psicossomático, es especialmente frecuente en las mujeres, sobre todo en aquellas que presentan una importante carga de trabajo asociada a los diferentes roles que desempeña en la sociedad y la familia; y surge como una manifestación de conflictos emocionales, sociales y culturales no resueltos (7), cuyo abordaje sugiere una necesidad de de-construirse como mujer, como madre, como esposa que ha descuidado su autocuidado a favor de otros, para redescubrirse, y enfocar toda esa energía hacia su cuidado personal (8). Los modelos biologicistas de atención sanitaria centrados en la enfermedad, con frecuencia no son capaces de ofrecer respuestas a este tipo de obesidad, etiquetando a la paciente como una persona de escasa voluntad para asumir los retos de su tratamiento, y por tanto de baja adherencia a las intervenciones dietéticas restrictivas y un incremento de la actividad física, propuestos. De ahí que se esté evolucionando por parte de algunos profesionales sanitarios hacia modelos de atención analíticos, centrados en la persona, e interesados en los significados que para la persona tienen sus problemas de salud, y en última instancia con perspectiva de género (2).

El abordaje de este tipo de pacientes es especialmente complejo, por cuanto las mujeres que presentan este problema de salud no siempre se encuentran en una situación emocional, ni con las condiciones de vida necesarias para acometer un trabajo personal tan complejo como el que se sugiere (8). De ahí que en este trabajo nos hayamos centrado en la búsqueda de una herramienta con potencial para mejorar su estilo de vida, sin la necesidad de acometer las acciones habituales a las que no presentan adherencia.

Siguiendo la tendencia de los modernos sistemas sanitarios, que intentan reorientarse hacia la promoción de estilos de vida saludables y de un autocuidado responsable, y el uso de medicinas alternativas y

complementarias (14, 28), hemos considerado el potencial terapéutico de la acupresión, una técnica que consiste en la estimulación de puntos anatómicos específicos en el cuerpo con fines terapéuticos (29) y que resulta una variante de la acupuntura pero de naturaleza no invasiva, (30) ya que utiliza la presión física manual para estimular los mismos puntos en los que la acupuntura clava agujas (31, 32).

La teoría de la MTC sostiene que la acupresión mantiene y controla las funciones de los órganos internos y el equilibrio energético a través de la circulación dinámica de la energía y el equilibrio de la sangre, y así que la suficiente cantidad de estos aumentan la capacidad para resistir la enfermedad. Por lo tanto, la estimulación de los puntos a lo largo de las líneas de los meridianos del cuerpo humano pueden ser coadyuvantes en la resolución de una enfermedad, proteger y fortalecer la inmunidad y contribuir a la salud general.(31)

La acupresión es una técnica de uso habitual en la medicina tradicional china, que se utiliza para tratar a pacientes con variedad de dolencias. Este sistema de atención se ha practicado durante cientos de años (20), y se sostiene en la creencia de que a lo largo del cuerpo fluyen canales de energía, también conocido como Qi (se pronuncia chi), que puede ser estimulada o desobstruida por la aplicación de presión en puntos concretos del cuerpo mejorando el equilibrio energético y la salud general (32).

El flujo de esa energía se produce a través de una serie de canales llamados meridianos sistémicos (15). Estos están interconectados, constituyendo una red de caminos de energía que se extienden a lo largo de todo el cuerpo y que es la misma red de canales de energía vital que se utiliza en acupuntura.

La práctica de la acupresión se ampara en la comprensión del cuerpo humano como un sistema circulatorio de la bioenergía (29, 32, 33), que está formado por 12 meridianos o canales en cuerpo humano, cada uno

de ellos relacionado con un órgano específico. Además, hay dos meridianos principales que siguen la línea media del cuerpo; uno en la parte delantera y el otro a lo largo de la columna vertebral. Otros muchos puntos se distribuyen a lo largo de los diferentes meridianos. (29)

La estimulación de estos puntos se puede utilizar con fines terapéuticos en cualquier parte del cuerpo (33), aumentando el flujo de la energía y alterando así la experiencia de los síntomas.

Estos meridianos pueden ser estimulados con agujas, calor, o con presión para manipular el flujo de energía en todo el cuerpo con el fin de crear un efecto deseado (33). En caso de ser estimulados con presión, esta se puede ejercer con los dedos, la mano, el codo, el pie y/o banda de acupresión (Sea-Bands ®, que es una cinta elástica con un botón de plástico que sobresale, por la estimulación de estas vías para aumentar el flujo del qi). (32)

Un sector de la psicología y de la medicina no convencional liderado por Feldstein y Eden, están utilizando y explotando comercialmente en la actualidad el uso de la acupresión con efectos terapéuticos y potencial de desarrollo personal bajo el nombre de “medicina energética”.

Si bien aluden a la realización de numerosos estudios, y demandan actualmente al Colegio de psicólogos Americanos el reconocimiento del grado de eficacia y confiabilidad de esta técnica para la resolución de numerosos problemas de salud físicos y emocionales; dicho Colegio les ha criticado por no hacer públicos los resultados de sus investigaciones esgrimiendo como causa para ello, los intereses económicos que subyacen a su actuación, al tenor de los importantes beneficios económicos que están produciendo con la difusión de sus obras “medicina energética” y “medicina energética para mujeres”, y los numerosos cursos y conferencias que imparten por todo el mundo (34).

Es una técnica que puede ser utilizada dentro de nuestro ámbito de actuación y en consonancia con nuestros valores profesionales (13), ya que es una técnica no invasiva y es ampliamente accesible a cualquier profesional de la salud (31). Puede ser una herramienta eficaz para manejo de los síntomas, tanto si se administra por un clínico o autoadministrados por el paciente. (14) haciéndose más eficaz si se mantiene la rutina de acupresión durante un período de tiempo de al menos dos meses consecutivos (13).

Los estudios que evalúan la eficacia de la acupresión para el manejo de los síntomas han sido un foco de la investigación, en particular durante la última década (32).

No obstante la acupresión se ha usado en numerosos ensayos clínicos, y se ha demostrado que es libre de algunos de los efectos secundarios de otras terapias alternativas como la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y la manipulación espinal (32).

Kashefi F y colaboradores manifiestan que la presión de la rutina de acupresión y la falsa rutina fueron capaces de promover la salud general de las mujeres; sin embargo, el efecto positivo de la acupresión fue más evidente que la de presión simulada, y también era mucho más notable después del segundo mes de la intervención (32).

Hay otras investigaciones que apuntan a la acupresión como tratamiento de diversos problemas de salud: para el alivio de la dismenorrea (35, 36 , 37), pues la acupresión puede tener un papel en la reducción del dolor, aumento de la satisfacción con el tratamiento del dolor y la reducción del uso de tratamiento farmacológico. Sin embargo, existe la necesidad de una mayor investigación, se necesitan estudios bien diseñados con rigurosos métodos de asignación al azar y ocultación de la asignación adecuada (35). Mirbagher-Ajorpaz N y colaboradores sostienen que la práctica de acupresión en el meridiano SP6 puede ser una intervención de enfermería no invasiva efectiva para el alivio de la dismenorrea

primaria, teniendo un efecto analgésico inmediato y sus efectos duran de 3 h post-tratamiento (36). Esta rutina de acupresión mantenida durante 3 meses consecutivos fue eficaz en el alivio del dolor y en el nivel de angustia menstrual resultante de la dismenorrea. (37, 38)

En lo que concierne al proceso del parto Lee EJ y colaboradores concluyeron que la acupresión resultó eficaz para el dolor en pacientes con dismenorrea, durante el parto y después del mismo (39) y también se probó que la combinación de técnicas de masaje con hielo y la acupresión reduce el dolor durante el parto, sin embargo, el masaje con hielo proporciona un alivio del dolor más persistente, así pues se sugiere que la repetición de estas técnicas durante la primera etapa del parto puede ser una técnica eficaz, accesible, rentable y no invasiva para ayudar a reducir la intensidad del dolor del parto (40). Lee EJ y colaboradores exponen que la acupresión resultó eficaz para el tratamiento de las náuseas: (y vómitos) en los pacientes durante el embarazo y durante el tratamiento de quimioterapia (39), en postoperatorios (41), durante un ataque de migraña, pues los resultados obtenidos parecen ser alentadores y abogar por la aplicación continua de acupresión PC6 en todos los ataques de migraña con el síntoma acompañado de náuseas aunque más estudios controlados son, por supuesto, la obligación de validar los resultados de este estudio (42), así pues también se ha probado que la presión constante por una banda elástica muñeca específica en el punto de acupuntura Nei-Guan, 30 minutos antes de la anestesia espinal confirmó la eficacia de la acupresión en la prevención de náuseas y vómitos (43). También se ha probado que la acupresión es eficaz en el tratamiento de la disnea (39). En pacientes en hemodiálisis se ha probado que la acupresión mejora la fatiga (36) y mejora las tasas de flujo salival y de la intensidad de la sed (44). Sun JL y colaboradores han probado que la realización de una rutina de acupresión en el punto HT7 puede mejorar el insomnio durante un máximo de 2 semanas después de la intervención (39, 45), mejoría del sueño (41, 46) y de la calidad del sueño (47, 48, 49). Reza H y colaboradores mantienen que la acupresión tiene un efecto en

la mejora de la calidad del sueño y lo aprobó como terapia no farmacológica y complementaria para las personas de edad avanzada con el sueño alterado. (48) Debido a las limitaciones metodológicas de los estudios y resultados equívocos, la evidencia actual no permite una conclusión clara sobre los beneficios de la acupresión, reflexología y acupresión auricular para el insomnio (30).

Además se ha probado la acupresión como tratamiento para: el dolor lumbar (50) en especial para los pacientes que sufren de molestias crónicas (51), el vértigo agudo (52), aumentar la frecuencia de sonido intestinal en pacientes con cáncer colorrectal así pues la evidencia de este estudio sugiere la estimulación del punto de acupresión ST-36 puede aumentar la frecuencia de sonido intestinal en pacientes con cáncer colorrectal en los tres primeros días después de la cirugía y también la aplicación de esta técnica puede mejorar la comodidad de un paciente después de la cirugía (53), reducción de la tensión física entre los estudiantes (54), disminución de la cefalea ya que este estudio sugiere que 1 mes de tratamiento de acupresión es más eficaz en la reducción de dolor de cabeza crónico de 1 mes de tratamiento relajante muscular, y que el efecto permanece 6 meses después del tratamiento y los puntos de activación ayudan a demostrar la técnica de tratamiento recomendado si un estudio de mayor escala se lleva a cabo en el futuro (55), reducir la mayor ansiedad preoperatoria de los pacientes antes de la cirugía abdominal (56), Lin L y colaboradores mantienen que una combinación de la medicina tradicional china y un programa de actividades occidentales son útiles en el cuidado de personas de edad avanzada y lograr así una disminución significativa en los comportamientos de agitación, conductas agresivas y comportamientos físicamente agresivos que el grupo de presencia (57), Yue S y colaboradores razona que la recuperación de la función motora y las actividades diarias en los pacientes que han sufrido un ictus aunque se necesitan más estudios para encontrar el momento óptimo en

que para comenzar el tratamiento de acupresión después del ictus y para desarrollar un programa estandarizado para el tratamiento (31).

Asimismo también ha sido demostrada su efectividad frente a la intervención placebo la terapia combinada de acupresión-hipnoterapia-meditación como terapia que reduce el azúcar en sangre de pacientes diabéticos tipo II (58) y la acupresión como una estrategia adyuvante no farmacológica efectiva para aliviar el desarrollo y la progresión de las complicaciones relacionadas con diabetes tipo II (59).

Lee KC y colaboradores mantienen que la acupresión en LI11 durante 4 semanas tuvieron una mejoría en el prurito y liquenificación por lo que puede llegar a ser una alternativa de tratamiento de fácil administración, pero se necesitan estudios de mayor escala para confirmar estos hallazgos preliminares (60).

También se sostiene que la acupresión es comunmente usada en algunas culturas y países a controlar los síntomas ya que es una técnica no invasiva y puede llegar a ser un complemento útil en el cuidado de una amplia variedad de individuos con síntomas, en una revisión de los ensayos clínicos de los últimos diez años no proporcionó el apoyo riguroso para la eficacia de la acupresión para el tratamiento de los síntomas ya que se necesitan estudios controlados aleatorios bien diseñados para determinar la utilidad y la eficacia de la acupresión para manejar una variedad de síntomas en una serie de poblaciones de pacientes. (32)

Wang y colaboradores informó que la acupuntura auricular puede disminuir la ansiedad preoperatoria en los adultos a punto de someterse a una cirugía ambulatoria, y Asher y colaboradores que puede ser eficaz para el tratamiento del dolor postoperatorio. Kober y colaboradores al encontraron que la acupresión auricular en los hombres (vs un punto falso) fue eficaz en el tratamiento de la ansiedad en situaciones de emergencia prehospitalarios.

El estudio de Oyola Santiago concluyó que la acupresión aun puede ser eficaz para una variedad de condiciones, incluyendo la mejora de una sensación de bienestar general (33).

Hay investigaciones que han demostrado que la combinación de una rutina de acupresión acompañada de una secuencia preestablecida de afirmaciones puede ser usada como una herramienta de mantenimiento para bajar el peso corporal (15, 61). También hay evidencia sobre la efectividad de la acupresión auricular sin embargo dicha técnica no ha conseguido asociarse a una disminución de las transaminasas y colesterol sérico (62,63,64). Es importante comprender que la acupresión no es una herramienta de la medicina tradicional china para perder peso, de hecho Chen LL et al demostró que la estimulación de diversos puntos abdominales y el masaje de meridianos conseguía que los bebés prematuros ganasen más rápido peso corporal que los del grupo control (falsa rutina). (29)

Si bien no son pacíficos, los resultados de la investigación disponibles sugieren el potencial que tiene la acupresión en el abordaje de numerosos problemas de salud, motivo por el que consideramos debería ser probada para el abordaje de la compleja obesidad de origen emocional, que entendemos subyace en la mayoría de las mujeres con obesidad de largo tiempo y sin adherencia a tratamientos restrictivos de la ingesta y dirigidos a incrementar la actividad física. Por esta razón hemos planteado este estudio dirigido a responder, en el marco de la teoría de promoción de la salud de Pender, a la pregunta de investigación ¿Puede la acupresión mejorar la salud e incrementar las conductas saludables relacionadas con una mejor gestión del peso corporal?

Comprendemos que de este modo mantenemos el foco de atención en la salud y no en la enfermedad, manteniéndonos en una posición

salutogénica y haciéndonos eco de las intervenciones que se han demostrado más efectivas para la gestión del peso corporal. Que como enfermeros estamos legitimados para acometer esta intervención, claramente objeto de nuestra profesión, toda vez que existe un claro deseo de mejorar el estilo de vida por parte de las participantes para lograr gestionar mejor su peso corporal, condición necesaria en el modelo de Pender para identificar la intervención enfermera. Y que la acupresión puede ser ese detonante, esa herramienta que tal vez logre mejorar la autoeficacia percibida de esas mujeres y por consiguiente su estilo de vida y su salud, motivo por el que pretendemos iniciar esta intervención en personas que podríamos diagnosticar con un diagnóstico de salud, como “disposición para mejorar su estilo de vida manifestada o por su interés en realizar una rutina de acupresión con esa finalidad”.

3. HIPÓTESIS

La hipótesis que sostiene esta investigación es que la realización regular de la rutina de acupresión que proponemos mejora las habilidades de las mujeres para la gestión de su peso corporal.

4. OBJETIVOS

A fin de poder ofrecer una respuesta rigurosa a la pregunta de investigación referida, y determinar el diseño del estudio más apropiado para obtener dicha respuesta se establecen el siguiente objetivo general:

Comprobar si la acupresión mejora la salud e incrementa las conductas saludables relacionadas con una mejor gestión del peso corporal en mujeres obesas que no presenten adherencia a tratamientos de control de ingesta alimentaria y actividad física.

Del mismo modo, se establece una serie de objetivos específicos dirigidos a concretar detalladamente la secuencia de acción para conseguir las metas establecidas:

1. Conocer el estado de salud percibido por las participantes al principio y al final del estudio
2. Conocer las conductas promotoras de salud que realicen al principio y al final del estudio
3. Conocer el IMC de las participantes al principio y al final del estudio.
4. Conocer el peso diario de las participantes.
5. Conocer si la realización de las pautas propuestas de acupresión se mantiene en el tiempo y en su frecuencia diaria
6. Conocer el grado de satisfacción con las distintas facetas de su vida.
7. Conocer las cargas familiares que tiene en este momento de su vida.
8. Conocer si las pautas de acupresión propuestas mejoran el IMC, y los componentes del estado de salud.
9. Conocer si la realización de las pautas de acupresión mejora las conductas promotoras de salud.
10. Conocer si las cargas familiares y el grupo de satisfacción con la vida condicionan la efectividad de la acupresión.

5. METODOLOGÍA

5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO Y MUESTRA

El presente trabajo se enmarca en un estudio experimental con diseño de ensayo clínico aleatorizado controlado.

Para acceder a una población con disposición a realizar conductas saludables directamente relacionadas con la gestión del peso corporal, teniendo anteriormente intentos fallidos de pérdida de peso; se ha seleccionado estratégicamente a una población de personas que asistiendo a su enfermera de atención primaria del área metropolitana de Ferrol manifiestan su disposición a realizar conductas saludables directamente relacionadas con la gestión del peso corporal pero que se muestran desmotivados por sus intentos fallidos con anterioridad.

Las participantes en el estudio serán identificados desde los propios centros de Atención Primaria del Área Sanitaria de Ferrol: C.S. Caranza, consultorio Manuel Comellas, C.S. Fontela Maristany y C.S. Serantes. (66) Durante un período de dos meses (septiembre-octubre 2014), se procederá a la captación de participantes para el estudio por parte de las enfermeras de A.P. de los centros de salud antes mencionados.

Ferrol cuenta con una superficie de 82,7 Km² (66). El área metropolitana de Ferrol cuenta con una población de 71232 habitantes (67), de los cuales 22106 son mujeres que se encuentran en el rango de edad establecido para nuestro trabajo (20-64 años ambos incluidos). (68)

Para estimar el tamaño muestral hemos utilizado los indicadores clave del sistema nacional de salud (SNS), según los cuales: la prevalencia de la prevalencia de obesidad por 100 habitantes en mujeres de 18 y más años es del 15,21%. (69)

Se calcula el tamaño muestral en base a los datos anteriormente citados y a partir de una población de 22106 mujeres de las cuales el 15,21% sufren sobrepeso y obesidad. Contamos con un total de 3363 mujeres. Hemos

estimado una proporción muestral con un nivel de confianza o seguridad $(1-\alpha)$ del 95%, precisión (d) del 5%, proporción ($p=0.05$) del 5%, proporción esperada de pérdidas (R) del 15%, con lo que obtenemos una muestra ajustada a las pérdidas de 84 participantes. (70)

Concretamente la estrategia de captación de los pacientes, se llevará a cabo con la colaboración de las enfermeras de los Centros de Salud del concello de Ferrol. Nos situamos con la previsión de 45 enfermeras en total (30 enfermeras del C.S. Fontenla Maristany-consultorio Manuel Comellas, 9 enfermeras del C.S. Caranza, 6 enfermeras del C.S. Serantes), a las que informaremos sobre los objetivos de nuestro estudio. (66)

Se procede en primer lugar a la solicitud de autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, la cual se adjuntará a la solicitud de colaboración a los centros de Atención Primaria.

La primera fase que se realiza en los centros de Atención primaria se limita a la captación de pacientes. Se establecerá un primer contacto enviando una carta o e-mail a la coordinadora de enfermería y al coordinador de cada centro de salud, en la que nos presentamos, se les explique la finalidad del estudio, el perfil de pacientes que se precisa para el estudio, nuestros datos personales para que puedan contactar con nosotros y la posibilidad de establecer un segundo contacto en persona. (ANEXO 1)

En ese segundo contacto se ofertará una sesión informativa y formativa con la coordinadora de enfermería y las enfermeras interesadas en participar en el estudio. En esa sesión nos presentaremos, se les explicará en que va a consistir el estudio, su finalidad y el perfil de paciente que buscamos. A su vez aprovecharemos para darles información sobre la práctica de acupresión, para que puedan transmitirles a los pacientes la práctica que vamos a llevar a cabo. (ANEXO II)

También se les dará unas hojas de información al participante, en las que se explicará en que consiste el estudio y también se les explicará que si desean participar en el estudio deben acudir el día 7 de noviembre de 2014 a las 10:00h en la 5ª planta del C.S. Fontenla Maristany en el aula de personal para establecer la primera reunión. (ANEXO III) En esta reunión se hará entrega del consentimiento informado. (ANEXO IV)

Los participantes serán divididos en dos grupos: grupo intervención y grupo control. Ninguno sabrá que pauta de acupresión está realizando. A ambos grupos se les ofrecerán recomendaciones para favorecer la ingesta de una dieta mediterránea así como recomendaciones para realizar actividades físicas (ambas basadas en las recomendaciones de PAPPS y de los criterios de la OMS). (71, 72, 73, 74)

5.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN EL ESTUDIO

A los efectos de minimizar la aparición de variables confusoras en el estudio, como de respetar la legalidad y los principios éticos que guían la investigación se establecen los siguientes criterios de inclusión:

- Sexo: mujer
- IMC \geq a 30 kg/m²
- Edad comprendida entre los 20-64 años
- Acudir a todas las sesiones semanales durante el tiempo que dure el estudio
- Sujetos con disposición a realizar diariamente la rutina de acupresión que se les asigne.
- Que hayan teniendo anteriormente 10 intentos fallidos de pérdida de peso.
- No encontrarse en ese momento haciendo dieta hipocalórica.

- Manifestación de la voluntad del participante escrito para participar en el estudio.

Así mismo se establecen los siguientes criterios de exclusión:

- Sujetos que reciben terapias farmacológicas u otras terapias para la pérdida de peso.
- Sujetos que interrumpan por más de una semana la realización de la rutina.

5.3. VARIABLES EN ESTUDIO

5.3.1. Variables causales:

- Tipo de rutina de acupresión
- N° de días que realizan la rutina de acupresión por completo
- N° de días que realizan la rutina de acupresión parcialmente

5.3.2. Variables de resultado:

- Número de hijos y edades de los hijos
- Ocupación
- Grado de satisfacción con: su vida familiar, su vida laboral y con sus relaciones sociales
- Personas mayores a su cargo y grado de dependencia de las mismas
- Peso
- Talla
- IMC

- Estado de salud autopercebido
 - movilidad física
 - dolor
 - sueño
 - energía
 - aislamiento social
 - reacciones emocionales.
- Estilo de vida.
 - responsabilidad en la salud
 - actividad física
 - nutrición
 - crecimiento personal
 - Relaciones interpersonales de apoyo
 - manejo del estrés.

5.4. RECOGIDA DE DATOS, TRATAMIENTO Y CONTROL DE CALIDAD

A fin de proceder a la recogida de datos de los participantes en el estudio, minimizando en lo posible las injerencias, como los problemas de comprensión que pudiesen tener lugar frente a las preguntas planteadas, se ha procurado utilizar para la medición de todas las variables instrumentos de recogida previamente validados y conocidos, entendiendo que también de este modo se facilita la comparación de los resultados obtenidos en la medición de cada una de las variables por otros investigadores.

A los participantes se les pidió que contestaran a tres instrumentos:

5.4.1. CUESTIONARIO DE VARIABLES DE ELABORACIÓN PROPIA

Se elabora un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas con el que se pretende recabar información relativa a las condiciones de vida de las participantes, al modo en que realiza la rutina de acupresión y sus parámetros antropométricos, a fin de poder responder a los objetivos planteados. (ANEXO V)

5.4.2. CUESTIONARIO DE PERFIL DE ESTILO DE VIDA (PEPS-II)

Para medir el estilo de vida se utilizó el PEPS-II de Pender NJ (1996). Está integrado por 52 reactivos tipo Likert, con un patrón de respuesta con cuatro criterios:

- Nunca (N) =1
- A veces (A) =2
- Frecuentemente (M) = 3
- Rutinariamente (R) = 4

El valor mínimo es de 52 puntos y el máximo de 208 puntos, la mayor puntuación refiere mejor estilo de vida.

Los 52 reactivos se subdividen en seis escalas:

- Responsabilidad en salud: 3,9,15,21,27,33,39,45,51
- Ejercicio: 4,10,16,22,28,34,40,46
- Nutrición: 2,8,14,20,26,32,38,44,50
- Crecimiento personal: 6,12,18,24,30,36,42,48,52
- Soporte interpersonal: 1,7,13,19,25,31,37,43,49
- Manejo del estrés: 5,11,17,23,29,35,41,47

Una puntuación de estilo de vida global que promueve la salud, se obtiene calculando la media de los individuos de respuestas a todos los 52 ítems. Se pueden obtener seis puntuaciones correspondientes a las seis subescalas, se obtienen de manera similar mediante el cálculo de una media de las respuestas a los ítems de cada subescala. Para términos de esta investigación se aplicaron todos los ítems de este cuestionario. Es recomendable el uso de medias de los valores obtenidos en lugar de sumas de ítems de la escala para conservar el 1-4 métrica de respuestas y de elementos o permitir comparaciones significativas de resultados a través de las subescalas. (75) (ANEXO VI)

5.4.3. PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (PSN)

Con este cuestionario pretendemos medir el estado de salud percibido por los participantes en el estudio. A su vez también nos permite medir, antes y después, de la atención proporcionada a los participantes en el estudio y apreciar su evolución.

Las 38 cuestiones que integran la primera parte del PSN se agrupan en la siguiente tabla en función al área de salud que valoran. Las 6 secciones que componen el PSN quedan distribuidas así:

- Movilidad física: 10, 11, 14, 17, 18, 25, 27 y 35
- Dolor: 2, 4, 8, 19, 24, 28, 36 y 38
- Sueño: 5, 13, 22, 29 y 33
- Energía: 1, 12 y 26
- Aislamiento social: 9, 15, 21, 30 y 34
- Reacciones emocionales: 3, 6, 7, 16, 20, 23, 31, 32 y 37

Los ítems representan diferentes estados de salud, debiendo contestar SI/NO a cada pregunta efectuada.

Es posible utilizar la primera parte del PSN sin un escalamiento previo de sus ítems, simplemente considerando el porcentaje de respuestas afirmativas. Es decir, se dividirá el total de respuestas positivas en una dimensión por el total de ítems en esa dimensión y se multiplicará por 100. Ello da un recorrido de 0 a 100 con la misma interpretación. De esta forma, la puntuación 0 se obtiene cuando la persona interrogada contesta negativamente a todos los ítems de la dimensión y no padece ningún problema de los que ésta refleja. La puntuación 100 indica que los padece todos. Se obtienen así seis puntuaciones diferentes, correspondientes a cada una de las dimensiones del cuestionario, que proporcionan un perfil de salud autopercebida de los sujetos que responden.

Los autores originales desaconsejan la obtención del valor sumatorio de todo el perfil, si bien algunos investigadores lo han utilizado.

La segunda parte del perfil consiste en siete preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa de su salud, en siete actividades funcionales de la vida diaria: trabajo remunerado, tareas domésticas, vida social, vida familiar, vida sexual, aficiones y vacaciones. Se responden con un sí o no en función de que su estado de salud le ocasione problemas con las actividades mencionadas.

En referencia a la fiabilidad y la validez, las cualidades psicométricas se han analizado en numerosos estudios, arrojando buenos resultados de validez (de constructo y de contenido), fiabilidad (consistencia interna, test-retest e interobservador) y sensibilidad a los cambios. Respecto a la versión española, los valores de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio son similares a los del cuestionario original. (76) (ANEXO VII)

5.5. MATERIAL

Las medidas antropométricas: peso, talla e índice de masa corporal se realizaron usando técnicas estandarizadas.

- El peso de los individuos se obtendrá en ropa interior tomando el peso con la báscula modelo Seca 762. El peso se determinó en kilogramos, con una precisión de ± 100 gramos.
- La altura se obtendrá con los sujetos descalzos, en bipedestación con la cabeza en el plano de Frankfurt (plano horizontal nariz-trago) con un tallímetro modelo Seca 213. La altura se determinó en centímetros con una precisión de $\pm 0,5$ cm.
- El IMC se calculará de acuerdo a la fórmula: peso expresado en kilogramos, dividido por la talla al cuadrado expresada en metros cuadrados. (77)

5.6. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL ESTUDIO

El presente estudio es un ensayo clínico con aleatorización simple controlado contra falsa intervención.

El grupo intervención recibe una rutina de acupresión indicada para eliminar la ansiedad que surge como resultado de conflictos emocionales ocultos y genera una sobrealimentación como vía para eliminarla. Está también indicada para fomentar la autoeficacia en el logro de las metas propuestas, eliminar deseos compulsivos por alimentos concretos, y ayudar en la pérdida de peso.

El grupo control recibe una falsa rutina, indicada normalmente para mejorar la salud general, sin indicaciones ni expectativas concretas.

El criterio de éxito de la intervención es que el paciente mejore el IMC y/o las dimensiones de nutrición y actividad física. El criterio de fracaso no mejore el estilo de vida ni el IMC

La estrategia de análisis estadístico planteada pretende responder a los objetivos del estudio a partir de los datos recogidos.

A tal fin se realizará análisis descriptivo expresando las variables cuantitativas como la media, la desviación típica y las variables

cualitativas como el valor absoluto y el porcentaje, junto a su intervalo de confianza del 95%.

Se realizará la comparación de medias, tras comprobar la normalidad con el test T de Student. Se realizarán comparaciones de porcentajes, para evaluar las variables cualitativas, con el test chi-cuadrado.

Adicionalmente, se estudiará la relevancia clínica de la intervención mediante el cálculo del riesgo relativo (RR), la reducción del riesgo relativo (RRR), la reducción absoluta del riesgo (RAR) y el número de pacientes necesarios a tratar (NNT).

Todas estas medidas se presentarán con su intervalo de confianza del 95%. Los análisis se realizarán usando el paquete estadístico SPSS 19.0.

Para realizar el análisis de los resultados se contará con el apoyo de un estadístico.

5.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para prevenir el sesgo de selección se decide realizar la captación de pacientes a través de los profesionales de enfermería de los centros de salud referidos. Se hubiese preferido una selección centralizada para homogeneizar el método de selección, pero es cada enfermera la que conociendo la trayectoria de las familias que tiene asignadas, está en la mejor situación para poder identificar a las personas susceptibles de participar en el estudio, pues son quienes conocen sus hábitos de vida, su relación con su peso corporal y las situaciones previas fallidas de pérdida de peso que han tenido.

Obviamente, la invalidez externa del estudio queda limitada al área geográfica en la que se sitúa la población de referencia y al grupo de edad seleccionado, sin embargo entendemos que los resultados pueden sugerir el interés de la técnica puesta en cuestión.

Otro tipo de sesgo a evitar es el sesgo de información, para lo que se utilizan cuestionarios validados y personal formado en el desarrollo de la entrevista personal con los instrumentos proporcionados.

5.8. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se realiza la búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos con el fin de hallar la información necesaria para la realización de este trabajo.

Se han llevado a cabo tres búsquedas bibliográficas:

- La búsqueda principal sobre la acupresión y su relación con el peso corporal.
- Dos búsquedas secundarias: la acupresión en general y el Modelo de Promoción de la Salud de Pender NJ.

En las tres estrategias de búsqueda se utilizaron los mismos límites para hallar artículos:

- Años de publicación entre 2009-2014
- Idiomas: Español, Portugués o Inglés.

BÚSQUEDA PRINCIPAL (Acupressure AND Body Weight)

El objetivo es conocer las distintas prácticas de acupresión existentes, sus beneficios y su efectividad con relación al manejo del peso corporal. Esto nos lleva a seleccionar los términos por los que se realiza la búsqueda en diferentes bases de datos.

Los términos utilizados son definidos por el MESH de la siguiente manera:

- **Acupressure**

A type of massage in which finger pressure on specific body sites is used to promote healing, relieve fatigue, etc. Although the anatomical locations are the same as the ACUPUNCTURE POINTS used in ACUPUNCTURE THERAPY (hence acu-), no needle or other acupuncture technique is employed in acupressure. (From Random House Unabridged Dictionary,

2d ed). Shiatsu is a modern outgrowth that focuses more on prevention than healing. Year introduced: 1996

- **Body Weight**

The mass or quantity of heaviness of an individual. It is expressed by units of pounds or kilograms.

También realizamos la búsqueda de los términos en los descriptores del DECS, teniendo en cuenta que su uso en las bases de datos nacionales.

- **Acupressure**

Descriptor Inglés: Acupressure

Descriptor Español: Acupresión

Descriptor Portugués: Acupressão

Sinónimos español: Chih Ya, Zhi Ya, Shiatsu, Shiatzu

Categoría: E02.190.599.750.500.E02.799.867.880.500

Definición en español: Tipo de masaje en el que se utiliza la presión de los dedos sobre sitios específicos del cuerpo para estimular la curación, el alivio de la fatiga, etc. Aunque las localizaciones anatómicas son las mismas que los PUNTOS DE ACUPUNTURA usados en EL TRATAMIENTO DE ACUPUNTURA (por eso acu-), no se emplean agujas u otras técnicas de acupuntura.

- **Body Weight**

Descriptor Inglés: Body Weight

Descriptor Español: Peso Corporal

Descriptor Portugués: Peso Corporal

Definición en español: Masa o cantidad de peso de un individuo. Se expresa en unidades de libras o kilogramos.

Se ha llevado a cabo la búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos:

FECHA DE LA BÚSQUEDA	BASE DE DATOS	RESULTADOS(Nº ARTÍCULOS)
28/01/14	CochraneLibraryPlus (en español)	7
30/01/14	PubMed Central (PMC)	12
11/02/14	Web OF Science	17
11/02/14	Embase	13
12/02/14	Cinahl	4
15/02/14	Cuiden	0
15/02/14	Cuidatge	0
17/02/14	Enfispo	0
17/02/14	Medes	0
19/02/14	Dialnet	0
21/02/14	Scopus	13
21/02/14	Scielo	0
26/02/14	Proquest	31
26/02/14	IME:CSIC, ISOC	0

BÚSQUEDA SECUNDARIA (Acupressure)

El objetivo de esta búsqueda fue hallar información generalizada sobre la Acupresión para averiguar qué beneficios podía tener en otros campos de la salud. El término utilizado es definido por el MESH de la siguiente manera:

- **Acupressure**

A type of massage in which finger pressure on specific body sites is used to promote healing, relieve fatigue, etc. Although the anatomical locations are the same as the ACUPUNCTURE POINTS used in ACUPUNCTURE THERAPY (hence acu-), no needle or other acupuncture technique is employed in acupressure. (From Random House Unabridged Dictionary, 2d ed). Shiatsu is a modern outgrowth that focuses more on prevention than healing. Year introduced: 1996

El término utilizado es definido por el DECS de la siguiente manera:

- **Acupressure**

Descriptor Inglés: Acupressure

Descriptor Español: Acupresión

Descriptor Portugués: Acupressão

Sinónimos español: Chih Ya, Zhi Ya, Shiatsu, Shiatzu

Definición en español: Tipo de masaje en el que se utiliza la presión de los dedos sobre sitios específicos del cuerpo para estimular la curación, el alivio de la fatiga, etc. Aunque las localizaciones anatómicas son las mismas que los PUNTOS DE ACUPUNTURA usados en EL TRATAMIENTO DE ACUPUNTURA (por eso acu-), no se emplean agujas u otras técnicas de acupuntura.

Se ha llevado a cabo la búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos:

FECHA DE LA BÚSQUEDA	BASE DE DATOS	RESULTADOS(Nº ARTÍCULOS)
28/01/14	CochraneLibraryPlus (en español)	118
30/01/14	PubMed Central (PMC)	124
11/02/14	Web OF Science	521
11/02/14	Embase	526
12/02/14	Cinahl	8
15/02/14	Cuiden	5
15/02/14	Cuidatge	0
17/02/14	Enfispo	0
17/02/14	Medes	1
19/02/14	Dialnet	5
21/02/14	Scopus	76
21/02/14	Scielo	2
26/02/14	Proquest	288
26/02/14	IME:CSIC, ISOC	0

BÚSQUEDA SECUNDARIA (Pender NJ).

El objetivo de esta búsqueda fue hallar información sobre el Modelo de Promoción de la Salud de Pender NJ, para conformar el marco teórico de nuestro trabajo.

FECHA DE LA BÚSQUEDA	BASE DE DATOS	RESULTADOS (Nº ARTÍCULOS)
28/01/14	CochraneLibraryPlus (en español)	1
30/01/14	PubMed Central (PMC)	50
11/02/14	Web OF Science	0
11/02/14	Embase	0
12/02/14	Cinahl	0
15/02/14	Cuiden	21
15/02/14	Cuidatge	0
17/02/14	Enfispo	0
17/02/14	medes	1
19/02/14	Dialnet	2
21/02/14	Scopus	0
21/02/14	Scielo	5
26/02/14	Proquest	319
26/02/14	IME:CSIC, ISOC.	0

Se hace una búsqueda bibliográfica sin límites añadidos de tiempo e idiomas interrelacionando los tres MeSH principales: Acupressure AND BodyWeight AND Pender NJ.

No se han encontrado ningún tipo de artículos que relacionen la acupresión y el peso corporal con el Modelo de Promoción de la Salud de Pender NJ.

6. PLAN DE TRABAJO

6.1. PLANIFICACIÓN DE TIEMPOS

Muestra: 84 Participantes

El trabajo se inicia con la realización de la búsqueda y revisión bibliográfica. Después se procede a la elaboración del proyecto y por último se piden los permisos al CAEIG. Una vez tengamos los permisos del CAEIG procederemos a la fase operativa.

Agosto 2014

Primera y segunda semana:

Una vez obtenido el permiso del CAEIG, nos pondremos en contacto con las coordinadoras de los centros de AP del Área sanitaria de Ferrol: C.S. Caranza, consultorio Manuel Comellas, C.S. Fontela Maristany y C.S. Serantes. Se establecerá un primer contacto enviando una carta o e-mail a la coordinadora de enfermería y al coordinador de cada centro de salud (ANEXO I), en la que nos presentamos, se les explique la finalidad del estudio, el perfil de pacientes que se precisa para el estudio, nuestros datos personales para que puedan contactar con nosotros y nos indiquen el número de enfermeras interesadas en participar en nuestro estudio. También se adjuntará a la solicitud de colaboración la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Tercera y cuarta semana:

Se establecerá un segundo contacto en los centros de AP antes mencionados y se llevará a cabo la presentación del proyecto a las coordinadoras de enfermería y a las enfermeras de los centros sanitarios, se dará una sesión informativa y formativa y se solicitará su participación. A su vez aprovecharemos para darles información sobre la práctica de acupresión, para que puedan transmitirles a los pacientes en que va consistir el estudio y práctica que vamos a llevar a cabo. (ANEXO II)

También se les darán las hojas de información al participante en las que se les informa del estudio que vamos a llevar a cabo y dónde se cita a los participantes el día 7 de noviembre de 2014 a las 10:00h en el C.S. Fontenla Maristany en el aula de personal; para la realización de la primera reunión. (ANEXO III)

Desde esa misma reunión comenzarán a captar participantes para el estudio.

Duración: 2 horas (aproximada)

Septiembre – octubre 2014

Durante ambos meses se procederá a la captación de participantes por parte de las enfermeras de los centros de AP del Área sanitaria de Ferrol.

Noviembre 2014

Primera semana

Se llevará a cabo la primera reunión con los participantes en el trabajo. En esta reunión se realizará una sesión informativa. (ANEXO II)

Una vez informados los participantes, se les dará la hoja de consentimiento informado (ANEXO IV). Cuando nos hayan entregado los consentimientos informados firmados, comenzaremos con el seminario.

En el seminario les haremos entrega de un dossier personalizado mediante un sistema de códigos de números y colores para así preservar su confidencialidad. Cada participante tendrá su dossier. En el dossier habrá los siguientes documentos:

- Cuestionario de elaboración propia (ANEXO V)
- Cuestionario del estilos de vida II (ANEXO VI)
- Cuestionario perfil de salud de Nottingham (ANEXO VII)
- Hoja de seguimiento semanal (ANEXO VII)

- Rutina de acupresión: grupo control (ANEXO IX)
- Rutina de acupresión: grupo de casos (ANEXO X)
- Recomendaciones de hábitos de vida saludables

Una vez cumplimenten los cuestionarios se procederá a medir las variables del cuestionario de elaboración propia y se registrarán. Solamente se dejará en el dossier la hoja de rutina de acupresión, la hoja de seguimiento semanal y las recomendaciones de hábitos de vida saludables; el resto de cuestionarios serán recogidos y codificados por la investigadora con el código de números y colores perteneciente a cada participante. Se les explicará que el dossier estará bajo su custodia y que deben llevar un seguimiento diario de su peso corporal.

Se les explicará que el grupo se dividirá en dos, cada uno de 42 personas, también se les explicará que en un grupo (intervención) la rutina estará dirigida a fomentar sus habilidades en la gestión del peso, y en el otro grupo (control), se les enseñará una rutina de falsos puntos de acupresión. Ambos reciben pautas alimentarias y de actividad física, que no se les pide que sigan y se les enseña una rutina de acupresión. Se informará a los participantes que ellos no sabrán qué tipo de rutina de acupresión les ha tocado.

Se procederá entonces a la división del grupo al azar. Después se les explicará a cada grupo la rutina de acupresión correspondiente. Para ello dividiremos el grupo en dos: el grupo de casos y el grupo control. Los integrantes del grupo control se trasladarán a una zona de descanso mientras explicamos al grupo de casos la rutina de acupresión que deberán seguir diariamente (ANEXO VIII). Después haremos pasar al grupo control y se irá el grupo a estudio. Explicaremos al grupo control su rutina de acupresión que deben llevar a cabo y la realizaremos conjuntamente.

Duración: 3 horas y media (aproximado)

Segunda semana

De sábado a jueves: se procede al análisis de datos

Viernes: se lleva a cabo el seminario.

11-12h: seminario con el grupo de casos

12-13h: seminario con el grupo control

En estos seminarios se recoge la hoja de seguimiento y se les da una hoja de seguimiento nueva para esa semana. Se les pesa y se hace conjuntamente la rutina diaria de acupresión. Se dejan 15 minutos por si quieren hacer preguntas o resolver dudas.

Duración: 1h/ cada grupo (aproximada)

Tercera semana

De sábado a jueves: se procede al análisis de datos

Viernes: se lleva a cabo el seminario.

11-12h: seminario con el grupo de casos

12-13h: seminario con el grupo control

En estos seminarios se recoge la hoja de seguimiento y se les da una hoja de seguimiento nueva para esa semana. Se les pesa y se hace conjuntamente la rutina diaria de acupresión. Se dejan 15 minutos por si quieren hacer preguntas o resolver dudas.

Duración: 1h/ cada grupo (aproximada)

Cuarta semana

De sábado a jueves: se procede al análisis de datos

Viernes: se lleva a cabo el seminario.

10-12h: seminario con el grupo de casos

12-14h: seminario con el grupo control

En estos seminarios se recoge la hoja de seguimiento y se les da una hoja de seguimiento nueva para esa semana. Se les pesa, se talla, se calcula el IMC y se hace conjuntamente la rutina diaria de acupresión. Se dejan 15 minutos por si quieren hacer preguntas o resolver dudas.

Duración: 2h/ cada grupo (aproximada)

Diciembre 2014

Primera semana

De sábado a jueves: se procede al análisis de datos

Viernes: se lleva a cabo el seminario.

11-12h: seminario con el grupo de casos

12-13h: seminario con el grupo control

En estos seminarios se recoge la hoja de seguimiento y se les da una hoja de seguimiento nueva para esa semana. Se les pesa y se hace conjuntamente la rutina diaria de acupresión. Se dejan 15 minutos por si quieren hacer preguntas o resolver dudas.

Duración: 1h/ cada grupo (aproximada)

Segunda semana

De sábado a jueves: se procede al análisis de datos

Viernes: se lleva a cabo el seminario.

11-12h: seminario con el grupo de casos

12-13h: seminario con el grupo control

En estos seminarios se recoge la hoja de seguimiento y se les da una hoja de seguimiento nueva para esa semana. Se les pesa y se hace

conjuntamente la rutina diaria de acupresión. Se dejan 15 minutos por si quieren hacer preguntas o resolver dudas.

Duración: 1h/ cada grupo (aproximada)

Tercera semana

De sábado a jueves: se procede al análisis de datos

Viernes: se lleva a cabo el seminario.

11-12h: seminario con el grupo de casos

12-13h: seminario con el grupo control

En estos seminarios se recoge la hoja de seguimiento y se les da una hoja de seguimiento nueva para esa semana. Se les pesa y se hace conjuntamente la rutina diaria de acupresión. Se dejan 15 minutos por si quieren hacer preguntas o resolver dudas.

Duración: 1h/ cada grupo (aproximada)

Cuarta semana

De sábado a jueves: se procede al análisis de datos

Viernes: se lleva a cabo el seminario.

11-12h: seminario con el grupo de casos

12-13h: seminario con el grupo control

En estos seminarios se recoge la hoja de seguimiento y se les da una hoja de seguimiento nueva para esa semana. Se les pesa y se hace conjuntamente la rutina diaria de acupresión. Se dejan 15 minutos por si quieren hacer preguntas o resolver dudas.

Duración: 1h/ cada grupo (aproximada)

Enero 2015

Primera semana

De sábado a jueves: se procede al análisis de datos

Viernes: se lleva a cabo el último seminario.

10-12: 30h: seminario con el grupo de casos

12-14: 30h: seminario con el grupo control

Duración: 2:30h / cada grupo (aproximada)

En este seminario se procederá a recoger la hoja de seguimiento, se les pesará, se les tallará, se calculará el IMC. Se les pedirá que cubran de nuevo los siguientes documentos: cuestionario del estilo de vida II (ANEXO VI), cuestionario perfil de salud de Nottingham (ANEXO VII).

Las siguientes tres semanas se continuará y finalizará con el procesamiento y análisis de los datos recogidos en los cuestionarios; finalmente, se elabora el informe final.

Febrero de 2015

Gestión de la publicación del trabajo realizado.

6.2. CRONOGRAMA

Cómo cómputo global se prevé una duración aproximada de un año y un mes: Enero 2014- Febrero 2015 a desarrollar tal como se explicita en el siguiente gráfico

FASES	ACCIONES	2 0 1 4												2015	
		E	F	Mar.	A	M	Jun	Jul.	Agos.	Sep.	Oct.	N	D	E	F
FASE I: DOCUMENTAL	Búsqueda y revisión bibliográfica														
	Elaboración del TFG														
	Petición de permiso al CAEIG														
FASE II: METODOLÓGICA	Contacto con las Coordinadoras de enfermería de los centros de AP de Ferrol														
	Presentación del proyecto a las coordinadoras de enfermería y a las enfermeras de los centros de AP de Ferrol y solicitud de participación														
	Captación de pacientes para el estudio														
	Informar a los participantes del estudio, entrega de hoja de información y consentimientos														

FASE III: RECOGIDA DE DATOS	Recogida de datos a través de los cuestionarios																		
	Seminarios de práctica de acupresión y recogida de datos																		
FASE IV: ANÁLISIS	Análisis de datos																		
CIERRE	Elaboración de los resultados y las conclusiones																		
	Gestión de la publicación del trabajo																		

7. DECLARACIONES ÉTICAS Y LEGALES

El proyecto se llevará a cabo en todo momento bajo la autorización del Comité Ético de la investigación clínica de Galicia, la cual se solicitará tras la presentación de este estudio.

Los aspectos éticos de esta investigación se rigen por:

- La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial
- El Pacto de Oviedo
- La Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal.
- Solicitud al Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia (CAEIG) del informe previo al inicio del estudio de investigación.

Se hace entrega a los participantes de una hoja informativa sobre su participación en el estudio, siguiendo el modelo pautado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (ANEXO III) y una hoja de consentimiento informado (ANEXO IV).

Así todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada paciente se encontrarán debidamente custodiados por la investigadora principal, estando identificados por un código de colores y números asignados para cada caso, cumpliendo la legislación de protección de datos española. (78)

8. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En nuestro plan de difusión de resultados contamos con los siguientes congresos en los que poder difundir nuestro trabajo:

- XII Congreso Nacional Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO). Málaga: 25, 26 y 27 de Noviembre de 2015. (79)
- IX Congreso Federación de las Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP), I Congreso Asociación Galega de Enfermería Familiar y Comunitaria (AGEFEC) y V Encuentro enfermeros internos residentes y de tutores de especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria. Se celebrará, los días 23, 24 y 25 de abril de 2015 en Santiago de Compostela (A Coruña). El lema elegido para el Congreso es “Cuidar etapa tras etapa” y con él los organizadores quieren destacar que tanto la formación como la proximidad a los ciudadanos y ciudadanas hacen de la enfermera familiar y comunitaria la única profesional sanitaria con conocimientos suficientes para el cuidado y promoción del autocuidado de las personas, familias y comunidad, a lo largo de todas las etapas del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte. (80)
- III Congreso de la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD), se celebrará en Sevilla del 5 al 7 de marzo de 2015. El programa científico recogerá gran variedad de temas de máxima actualidad e interés para los que trabajan en el campo de la alimentación, nutrición y dietética y otras áreas de salud relacionadas. Pretendemos que el programa científico sea atractivo y de interés por su actualidad, seleccionando para ello un gran número de ponentes con gran experiencia profesional y reconocimiento científico nacional e internacional.(81)

- Conferencia internacional del Consejo internacional de enfermería (CIE) y Consejo de representantes nacionales (CNR). Se llevará a cabo del 19-23 Junio de 2015 en Seul, República de Korea. Este encuentro internacional de miles de enfermeras explorará la importancia de la comprensión intercultural y la cooperación mundial en la enfermería. Los principales objetivos del Congreso son: para avanzar y mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud; para demostrar la contribución de la enfermería a la salud de las personas, familias y comunidades; proporcionar oportunidades para un profundo intercambio de experiencias y conocimientos dentro y fuera de la comunidad internacional de enfermería.(82)
- 36 congreso nacional de la asociación española de enfermería en cardiología. Santiago de Compostela. Se llevará a cabo del 7-9 de mayo de 2015. (83)

También se llevará a cabo la difusión del trabajo en alguna de las siguientes revistas que están indexadas en el Journal Citation Reports (JCR):

- EN ESPAÑOL:
 - Aquichan. Índice de impacto: 0.027
 - Atención Primaria (ATEN PRIM). Índice de impacto: 0.957
 - Gaceta Sanitaria (GAC SANIT). Índice de impacto: 1.116
 - Nutrición Hospitalaria (NUTR HOSP). Índice de impacto: 1.305
- EN PORTUGUÉS:
 - Acta Paulista de Enfermagem (ACTA PAUL ENFERM). Índice de impacto: 0.142
- EN INGLÉS:

- Journal of clinical nursing (J CLIN NURS). Índice de impacto:1.768
- Research in nursing & health (RES NURS HEALTH). Índice de impacto: 2.181
- Nurse education today (NURS EDUC TODAY). Índice de impacto: 1.218
- Public health nursing (PUBLIC HEALTH NURS). Índice de impacto: 0.780
- Journal of Community Health Nursing (J COMMUN HEALTH NURS). Índice de impacto: 0.634 (84)

9. FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

9.1. RECURSOS NECESARIOS

PRESUPUESTO		
CONCEPTOS	CANTIDAD	IMPORTE
Equipamiento inventariable:		
• Ordenador portátil Asus F550CA-XX798H	1	599€
• Impresora HP LaserJet Pro P1606dn	1	169€
• Microsoft Office Profesional 2013	1	539€
• Paquete estadístico SPSS	1	1300€
• Memoria USB (16 Gb)	1	110€
• Báscula Seca 762	1	312€
• Tallímetro Seca 213	1	
Tarifa mensual de telefonía móvil :	2	12.95€
Contrato Movistar Veinte (24€/mes)	1	114€
	1	110€
	1	312€
Material fungible:		
• Consumibles informáticos (Tóner, Cd, papelería, material de oficina, etc...)		600€

Recursos humanos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración de las supervisoras de los Centros de Atención Primaria de Ferrol. 		
Viajes:		
<ul style="list-style-type: none"> • Kilometraje para traslados a los centros de AP y a la universidad 		150€
Difusión del trabajo:		
<ul style="list-style-type: none"> • En congresos 		4000€
Imprevistos		2000€
TOTAL		9905,95€

9.2. POSIBLES FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Para la realización de este trabajo se solicitarán dos becas a fin de poder financiar el proyecto con el aporte de las mismas.

La beca del ministerio de educación, cultura y deporte. El objeto de la presente convocatoria es promover la iniciación en tareas de investigación de los estudiantes universitarios que vayan a finalizar los estudios de segundo ciclo o de Grado o que estén cursando primer curso de Másteres universitarios oficiales, mediante la asignación de una beca que les permita iniciarse en tareas de investigación vinculadas con los estudios que están cursando y facilitar su futura orientación profesional o investigadora. La presente beca se convoca en régimen de concurrencia competitiva, 2.356 Becas de Colaboración. La dotación total y única de la beca para todos los beneficiarios será de 2.000 euros. (85)

También se solicitará la beca de Bolsas de Investigación de la Diputación de A Coruña, que son una serie de becas destinadas al perfeccionamiento de los estudios artísticos, para deportistas y para la investigación en diversos campos entre los que se encuentran las ciencias de la salud. Para esta rama hay 4 bolsas disponibles con una dotación de 7.625 euros. (86)

10.RESULTADOS ESPERADOS

Con este trabajo esperamos obtener datos que revelen que la realización regular de la rutina de acupresión propuesta conlleva una mejoría de la del estilo de vida, por tanto esperamos encontrar resultados que corroboren una mejoría significativa en la salud autopercebida de las participantes, una adherencia a hábitos de vida más saludables y una disminución significativa de su peso corporal.

Consideramos que el trabajo en grupo va a tener un papel importante en la constancia y en el mantenimiento en el tiempo de la rutina de acupresión, ya que creemos que proporcionará apoyo y empatía entre los integrantes del grupo logrando así un refuerzo importante en la constancia de la práctica de la acupresión.

Esperamos que los resultados pongan de manifiesto que esta intervención será útil para los profesionales de enfermería, como una herramienta que permita aumentar la autoeficacia de los pacientes y por consiguiente su compromiso con conductas promotoras de salud.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Restrepo Hernán HE. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Málaga: PanAmerica; 2001
2. Velasco S, Ruiz MT, Álvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Rev Esp Salud Pública. 2006; 80: 317-333.
3. Wytse Geense W, van de Glind IM, Visscher T, Van Achterberg T. Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. BMC Family Practice 2013, 14 (20): 1-10.
4. Jova MR, Rodríguez SA, Díaz PA, Balcindes AS, Sosa LI, De VP et al. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. MEDISAN. 2011; 15(11):1609-1620.
5. Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem L, Foz-Sala M, Moreno-Esteban B. Prevalencia de obesidad en España. Medicina clínica. 2005; 125 (12): 460-466
6. Serrano Ríos M. coordinador. La obesidad como pandemia del S.XXI. Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica. Madrid: Real academia nacional de medicina; 2012.
7. Velasco S, Ruiz MT, Álvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Rev Esp Salud Pública. 2006; 80: 317-333.
8. Bayo-Borrás Falcón R. Mujer y calidad de vida: evaluación de la efectividad de grupos terapéuticos. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2002; 21 (83): 37-62.
9. Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, García de Yébenes MJ, Gutiérrez-Fisaca JL, López García E y Fernando Rodríguez-

- Artalejo. Asociación de la enfermedad cardiovascular con el sobrepeso y obesidad en España. *Med Clin.* 2002; 118 (16):616-8
10. Banegas JR, Graciani A, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Gutiérrez-Fisac JL, López-García E et al. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). Madrid: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid, 2011.
 11. Córdoba R, Cabezas C, Caramalles F, Gómez J, Díaz Herráez D, López A. recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria.* 2012;44 (1): 16-22.
 12. Steptoe A, Doherty S, Kendrick T, Rink E, Hilton S: Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses. *Fam Pract* 1999, 16(2):158–163.
 13. Perioperative acupuncture and postoperative acupressure can prevent postoperative vomiting following pediatric tonsillectomy or adenoidectomy: a pragmatic randomised controlled trial. *SportEX dynamics* 2011(29):4.
 14. Hendrich S. Acupressure for Tension Headache. *International journal of athletic therapy & training* 2011;16(3):37.
 15. Elder C, Gallison C, Lindberg NM, DeBar L, Funk K, Ritenbaugh C, et al. Randomized trial of Tapas Acupressure Technique for weight loss maintenance: rationale and study design. *J Altern Complement Med* 2010 Jun;16(6):683-690.
 16. Salleras Sanmarti LI. Educación sanitaria: principios métodos y aplicaciones. 2ª ed. Madrid: Díaz de santos; 1990.
 17. Palomo L, Márquez-Calderón S, Ortún V, Benavides FG. Modelos de enfermedad en el mundo desarrollado. *Gac Sanit.* 2006; 20 (1): 2-9
 18. Instituto médico de la obesidad [sede web]. Madrid: Instituto médico europeo de la obesidad; 29 de mayo [30 de mayo; 31 de

- mayo]. La crisis agudiza la obesidad en países como España [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://stopalaobesidad.com/category/estadisticas-obesidad-2/>
19. Instituto médico europeo de la obesidad [sede web]. Madrid: Instituto médico europeo de la obesidad; 30 de mayo [30 de mayo; 31 de mayo]. 2.100 millones de personas en el mundo sufren obesidad o sobrepeso. Disponible en: <http://stopalaobesidad.com/category/estadisticas-obesidad-2/>
20. Consellería de sanidade. Estrategia SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, servicio gallego de salud; 2014.
21. Sociedad española para el estudio de la obesidad [sede web]. Madrid: Sociedad española para el estudio de la obesidad; 2013 [actualizada 24 de marzo de 2014; acceso 27 de marzo de 2014]. La obesidad, ahora sí, una enfermedad de peso [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.seedo.es/index.php/la-obesidad-ahora-si-una-enfermedad-de-peso>
22. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y peso [sede Web]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2012 [10 de marzo de 2014; 18 marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
23. Sociedad española para el estudio de la obesidad [sede web]. Madrid: Sociedad española para el estudio de la obesidad; 2013 [actualizada 25 de marzo de 2014; acceso 30 de marzo de 2014]. La obesidad, ahora sí, una enfermedad de peso [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.seedo.es/index.php/la-obesidad-ahora-si-una-enfermedad-de-peso>
24. Sánchez López MP, Aparicio García ME, Dresch V. Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*.2006; 18 (3): 584-590

25. Solange Campos R, Pérez JC. Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. Rev Chil Nutr. 2007; 34 (3).
26. Renault KM , Nørgaard K , L Nilas , Carlsen EM , Cortes D , Pryds Q et al. El (TOP El tratamiento de las mujeres embarazadas obesas) Estudio: Un ensayo controlado aleatorizado del efecto de la intervención de actividad física evaluada mediante podómetro con o sin la intervención dietética en obesos mujeres embarazadas. Am J Obstet Gynecol. 2013; 20 (13): 24-29
27. Summerbell CD, Waters E, Edmunds L, Kelly SAM, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews [revista en Internet] 2005. [acceso 28 de marzo de 2014]. Issue 3. Art. No.: CD001871. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.pub2
28. Esther Caricote E, Figueroa de Sánchez E. La salud como valor. Educación en valores. 2006; 1 (5): 69-78.)
29. Chen LL, Su YC, Su CH, Lin HC, Kuo HW. Acupressure and meridian massage: combined effects on increasing body weight in premature infants. J Clin Nurs 2008 May;17(9):1174-1181
30. Yeung WF, Chung KF, Poon MM, Ho FY, Zhang SP, Zhang ZJ, et al. Acupressure, reflexology, and auricular acupressure for insomnia: a systematic review of randomized controlled trials. Sleep Med 2012 Sep;13 (8):971-984.
31. Yue S. Effects of a nurse-led acupressure programme for stroke patients in China. J Clin Nurs 2013;22(7/8):1182.
32. Kashefi F, Khajehei M, Ashraf AR, Jafari P. The efficacy of acupressure at the Sanyinjiao point in the improvement of women's general health. J Altern Complement Med 2011 Dec;17(12):1141-1147

33. Oyola Santiago T. Provision of Auricular Acupuncture and Acupressure in a University Setting. *Journal of American College Health* 2013;61 (7):432.
34. Eden D, Feinstein D. *Medicina energética para mujeres. Alinea las energías de tu cuerpo para mejorar tu salud y vitalidad*. Barcelona: Obelisco; 2012.
35. Cho SH, Hwang EW. Acupressure for primary dysmenorrhoea: a systematic review. *Complement Ther Med* 2010 Feb;18(1):49-56.
36. Mirbagher-Ajorpaz N, Adib-Hajbaghery M, Mosaebi F. The effects of acupressure on primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract* 2011 Feb;17(1):33-36.
37. Wong CL, Lai KY, Tse HM. Effects of SP6 acupressure on pain and menstrual distress in young women with dysmenorrhea. *Complement Ther Clin Pract* 2010 May;16 (2):64-69.
38. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 Jul 6;(7):CD009232. doi(7):CD009232.
39. Lee EJ, Frazier SK. The efficacy of acupressure for symptom management: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2011 Oct;42(4):589-603.
40. Hajjamini Z, Masoud SN, Ebadi A, Mahboubh A, Matin AA. Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. *Complement Ther Clin Pract* 2012 Aug;18(3):169-172
41. Robinson, Nicola Lorenc, Ava Liao, Xing. The evidence for Shiatsu: a systematic review of Shiatsu and acupressure. *BMC complementary and alternative medicine* 2011;11:88.

42. Allais G, Rolando S, Castagnoli Gabellari I, Burzio C, Airola G, Borgogno P, et al. Acupressure in the control of migraine-associated nausea. *Neurol Sci* 2012 May;33 Suppl 1:S207-10.
43. Noroozinia H, Mahoori A, Hasani E, Gerami-Fahim M, Sepehri N. The effect of acupressure on nausea and vomiting after cesarean section under spinal anesthesia. *Acta Med Iran* 2013 Apr 6;51(3):163-167
44. Yang LY, Yates P, Chin CC, Kao TK. Effect of acupressure on thirst in hemodialysis patients. *Kidney Blood Press Res* 2010;33(4):260-265.
45. Sun JL, Sung MS, Huang MY, Cheng GC, Lin CC. Effectiveness of acupressure for residents of long-term care facilities with insomnia: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2010 Jul;47(7):798-805
46. Chen JH, Chao YH, Lu SF, Shiung TF, Chao YF. The effectiveness of valerian acupressure on the sleep of ICU patients: a randomized clinical trial. *Int J Nurs Stud* 2012 Aug;49(8):913-920.
47. Lu MJ, Lin ST, Chen KM, Tsang HY, Su SF. Acupressure improves sleep quality of psychogeriatric inpatients. *Nurs Res* 2013 Mar-Apr;62(2):130-137.
48. Reza H, Kian N, Pouresmail Z, Masood K, Sadat Seyed Bagher M, Cheraghi MA. The effect of acupressure on quality of sleep in Iranian elderly nursing home residents. *Complement Ther Clin Pract* 2010 May;16(2):81-85
49. Shariati A, Jahani S, Hooshmand M, Khalili N. The effect of acupressure on sleep quality in hemodialysis patients. *Complement Ther Med* 2012 Dec;20(6):417-423.

50. Yeh CC, Wu CT, Huh BK, Lee SM, Wong CS. Collateral meridian acupressure therapy effectively relieves postregional anesthesia/analgesia backache. *South Med J* 2009 Nov;102(11):1179-1182
51. Hendrich S. Administration of Acupressure for Relief of Low Back Pain. *International journal of athletic therapy & training* 2011;16(5):26.
52. Alessandrini M, Napolitano B, Micarelli A, de Padova A, Bruno E. P6 acupressure effectiveness on acute vertiginous patients: a double blind randomized study. *J Altern Complement Med* 2012 Dec;18(12):1121-1126.
53. Chao HL, Miao SJ, Liu PF, Lee HH, Chen YM, Yao CT, et al. The beneficial effect of ST-36 (Zusanli) acupressure on postoperative gastrointestinal function in patients with colorectal cancer. *Oncol Nurs Forum* 2013 Mar;40(2):E61-8.
54. Das R, Nayak BS, Margaret B. Acupressure and physical stress among high school students. *Holist Nurs Pract* 2011 Mar-Apr;25(2):97-104.
55. Hsieh LL, Liou HH, Lee LH, Chen TH, Yen AM. Effect of acupressure and trigger points in treating headache: a randomized controlled trial. *Am J Chin Med* 2010;38(1):1-14.
56. Valiee S, Bassampour SS, Nasrabadi AN, Pouresmaeil Z, Mehran A. Effect of acupressure on preoperative anxiety: a clinical trial. *J Perianesth Nurs* 2012 Aug;27(4):259-266.
57. Lin L. Using acupressure and Montessori-based activities to decrease agitation for residents with dementia: a cross-over trial. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(6):1022.

58. Bay R, Bay F. Combined therapy using acupressure therapy, hypnotherapy, and transcendental meditation versus placebo in type 2 diabetes. *J Acupunct Meridian Stud* 2011 Sep;4(3):183-186.
59. Jin KK, Chen L, Pan JY, Li JM, Wang Y, Wang FY. Acupressure therapy inhibits the development of diabetic complications in Chinese patients with type 2 diabetes. *J Altern Complement Med* 2009 Sep;15(9):1027-1032
60. Lee KC, Keyes A, Hensley JR, Gordon JR, Kwasny MJ, West DP, et al. Effectiveness of acupressure on pruritus and lichenification associated with atopic dermatitis: a pilot trial. *Acupunct Med* 2012 Mar;30(1):8-11.
61. Elder CR, Gullion CM, Debar LL, Funk KL, Lindberg NM, Ritenbaugh C, et al. Randomized trial of Tapas Acupressure Technique for weight loss maintenance. *BMC Complement Altern Med* 2012 Mar 15;12:19-6882-12-19.
62. Hsieh CH. The effects of auricular acupressure on weight loss and serum lipid levels in overweight adolescents. *Am J Chin Med* 2010;38(4):675-682
63. Hsieh CH, Su TJ, Fang YW, Chou PH. Efficacy of two different materials used in auricular acupressure on weight reduction and abdominal obesity. *Am J Chin Med* 2012;40(4):713-720.
64. Hsieh CH, Su TJ, Fang YW, Chou PH. Effects of auricular acupressure on weight reduction and abdominal obesity in Asian young adults: a randomized controlled trial. *Am J Chin Med* 2011;39(3):433-440
65. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación: 2012-2014. Barcelona: Elsevier, 2013.

66. Xunta de Galicia. Área sanitaria de Ferrol. Memoria 2012. Ferrol (A Coruña): Xunta de Galicia; 2012.
67. Instituto nacional de estadística [sede web]. Madrid: Instituto nacional de estadística; 2013 [acceso 25 de febrero de 2014]. Padrón municipal de habitantes. [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
68. Instituto gallego de estadística [sede web]. Santiago de Compostela: Instituto gallego de estadística; 2012 [acceso 10 de marzo de 2014]. Población según el sexo y grupos quincenales de edad. [1 pantalla]. Disponible en: [http://www.ige.eu/igebdt/esqv.jsp?ruta=verTabla.jsp?OP=1&B=1&M=&COD=142&R=9915\[15036\];2\[5:6:7:8:9:10:11:12:13\]&C=0\[2011\];1\[2\]&F=&S=&SCF=#](http://www.ige.eu/igebdt/esqv.jsp?ruta=verTabla.jsp?OP=1&B=1&M=&COD=142&R=9915[15036];2[5:6:7:8:9:10:11:12:13]&C=0[2011];1[2]&F=&S=&SCF=#)
69. Portal estadístico del sistema nacional de salud [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad; 2014 [acceso 14 de marzo de 2014]. Indicadores clave del sistema nacional de salud en España y comunidades autónomas. [1 pantalla]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/Datos_Inclasns_Esp_y_CCAA.htm
70. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: Fisterra.com; [actualizada el 1 de Diciembre de 2010; acceso 20 marzo de 2014]. Determinación del tamaño muestral. Disponible en: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>
71. Organización Mundial de la Salud. La actividad física en adultos [sede Web]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2012 [18 marzo de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/es/

72. Córdoba R, Cabezas C, Caramelles F, Gómez J, Díaz Herráez D, López A. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2012; 44 (1): 16-22
73. Organización Mundial de la Salud. Dieta [sede Web]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2012 [18 marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/es/>
74. Organización Mundial de la Salud. Fomento del consumo mundial de frutas y verduras [sede Web]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2012 [18 marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/index1.html>
75. College of nursing [sede web]. Omaha: Noble Walker S; 2011 [acceso 16 de marzo de 2014]. Health Promoting Lifestyle Profile II. [1 pantalla]. Disponible en: http://www.unmc.edu/nursing/Health_Promoting_Lifestyle_Profile_II.htm
76. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo; 2006. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/PROGRAMA+ATENCION+ENFERMOS+CRONICOS+DEPENDIENTES.PDF>
77. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas y promoción de la salud [sede Web]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2012 [18 marzo de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/chp/steps/Parte3_Seccion4.pdf
78. Comité ético de investigación de Galicia [sede web]. Santiago de Compostela: consellería de sanidade. Xunta de Galicia [actualizada 3 de marzo de 2014; acceso 3 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.sergas.es/mostrarcontidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=6001

79. Sociedad española para el estudio de la obesidad [sede web]. Madrid: Sociedad española para el estudio de la obesidad; 2013 [actualizada 5 de junio de 2014; acceso 5 de junio de 2014]. Disponible en: <http://www.seedo.es/>
80. Federación de las Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria. [sede web]. Oviedo: Federación de las Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria; 2014 [actualizado 3 de junio de 2014; acceso 5 de junio de 2014]. FAECAP y AGEFEC firman el acuerdo para celebrar, en abril de 2015, su próximo Congreso en Santiago de Compostela [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias/show/faecap-y-agefec-firman-el-acuerdo-para-celebrar-en-abril-de-2015-su-proximo-congreso-en-santiago-de-compostela>
81. Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética. Presentación del III Congreso FESNAD Sevilla 2015. [sede web]. Madrid : Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética; 2014 [actualizada 26 de mayo de 2014; acceso 5 de junio de 2014]. Dirección electrónica: <http://www.fesnad2015.com/index.html>
82. Ciudadano Global, Enfermería Global. ICN (Consejo Internacional de Enfermeras) Conferencia Internacional y CNR. Ginebra (suiza): Consejo Internacional de Enfermeras; 22 de mayo de 2014 [2 de junio de 2014; acceso 5 de junio de 2014]. Disponible en : <http://www.icn2015.com/>
83. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Congresos. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2014 [actualizada 5 de junio de 2014; acceso 11 de junio de 2014]. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/congreso/proximo.htm>

84. Web of science [base de datos en internet]. Nueva York: thomsonreuters; 2012 [acceso 6 de junio de 2014]. Journalcitationsreport [aproximadamente 1 pantalla]: Disponible en: <http://admin-apps.webofknowledge.com/JCR/JCR?RQ=HOME>
85. Resolución de 28 de junio de 2013, de la Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades, por la que se convocan becas de colaboración de estudiantes en departamentos universitarios para el curso académico 2013-2014. Boletín oficial del estado, nº 167, (13 de julio de 2013).

ANEXOS

ANEXO I: CARTA COORDINADOR/A DE ENFERMERÍA

Rocío Dopico Losada

E-mail: rocio.dopico@udc.es

TLF: 616-131-850

De: Rocío Dopico Losada

Para: Coordinador/a de enfermería–Centro de Salud de

Asunto: Colaboración para realización de estudio de Investigación en Enfermería

Yo, Rocío Dopico Losada, alumna de enfermería de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol (Universidade da Coruña), me pongo en contacto con usted para solicitar su colaboración en un estudio de Investigación.

Estamos realizando un estudio experimental con diseño de ensayo clínico aleatorizado controlado con el que se pretende comprobar si la acupresión puede incrementar las conductas saludables relacionadas con una mejor gestión del peso corporal, en personas que muestran disposición a realizar conductas saludables directamente relacionadas con la gestión del peso corporal.

Nos interesa seleccionar estratégicamente una población de personas que asistiendo a su enfermera de atención primaria de la ciudad de Ferrol manifiesten su disposición a realizar conductas saludables directamente relacionadas con la gestión del peso corporal pero que se muestran desmotivados por intentos fallidos con anterioridad.

Solicito que se informe a las enfermeras de este Centro de Salud sobre la posibilidad de colaborar en este estudio. Además, se establecerá un segundo contacto a través de una sesión informativa donde poder explicarles a las enfermeras (incluso otros profesionales interesados en el

colaborar) que quieran participar en el estudio, en qué va a consistir, objetivos, cronograma. Para aquellos profesionales interesados, se aumentaría la sesión con una parte formativa sobre criterios de selección de pacientes para el estudio, así como la técnica de acupresión.

Reciba un cordial saludo

Fdo. Rocío Dopico Losada

ANEXO II: SESIÓN INFORMATIVA

1. Presentación del estudio de investigación.
2. Información sobre el estudio que vamos a llevar a cabo
3. Perfil de pacientes que necesitamos para nuestro estudio.
4. Información sobre la práctica de la acupresión y respaldo científico:
 - a. Que es la acupresión
 - b. Explicación sobre los seminarios que se van a llevar a cabo con los participantes:
 - i. En que van a consistir los seminarios
 - ii. Número de seminarios que se van a llevar a cabo
 - iii. Lugar de realización
 - c. Documentación que se les va a proporcionar

ANEXO III: HOJA DE INFORMACIÓN A LA PARTICIPANTE

TÍTULO: ¿Puede la acupresión incrementar las conductas saludables relacionadas con una mejor gestión del peso corporal?

INVESTIGADORA:

Rocío Dopico Losada. Estudiante de Enfermería en la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol (A Coruña).

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio se realizará en el Área Sanitaria de Ferrol y fue aprobado por el Comité Autonómico Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Si usted decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, antes de leer este documento y hacer todas las preguntas que usted necesita para comprender los detalles sobre el mismo. Si lo desea, puede llevar el documento, consultar con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar, o si usted está de acuerdo para hacerlo, cambiar de opinión y retirar su consentimiento en cualquier momento y sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su médico ni a la asistencia sanitaria a la que usted tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio?

Nuestro objetivo es dar a conocer si la acupresión puede favorecer que las personas muestren disposición a realizar conductas saludables directamente relacionadas con la gestión del peso corporal. Con esto, pretendemos esclarecer si la estimulación manual de los puntos de acupresión seleccionados, pueden ayudar a mejorar las conductas

vinculadas a un estilo de vida promotor de la salud nutricional y de la actividad física saludable, como estrategia para mejorar la gestión de su peso corporal. El estudio está enmarcado en la teoría de promoción de la salud de Pender.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de los invitados a participar depende de algunos de los criterios que se describen en el protocolo de investigación. Estos criterios sirven para garantizar que se puede responder a la pregunta de investigación incurriendo en el mínimo de equivocaciones posibles. Usted es invitado a participar porque cumple un criterio principal forma parte de una población que asistiendo a su enfermera de atención primaria manifiestan su disposición a realizar conductas saludables directamente relacionadas con la gestión del peso corporal pero que se muestran desmotivados por sus intentos fallidos con anterioridad. A su vez también cumple unos criterios específicos que son: tener un IMC \geq a 30 kg/m², acudir a todas las sesiones semanales durante el tiempo que dure el estudio, tener disposición a realizar diariamente la rutina de acupresión que se les asigne, que haya teniendo anteriormente 10 intentos fallidos de pérdida de peso, no encontrarse en ese momento haciendo dieta hipocalórica y que manifieste voluntad del participante escrito para participar en el estudio.

Se espera que participen aproximadamente 84 pacientes en este estudio.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consistirá en una entrevista individual, donde el investigador le consultará datos personales y/o relacionados con sus hábitos de vida; al principio del estudio y al final del mismo.

También se llevarán a cabo un seminario grupal semanal durante dos meses (un total de 8 seminarios), en los que estableceremos un grupo de intervención y uno control. Ambos reciben pautas alimentarias y de actividad física, que no se les pide que sigan y se les enseña una rutina

de acupresión. En el grupo intervención la rutina está dirigida a fomentar sus habilidades en la gestión del peso, y en el grupo control, se les enseña una rutina de falsos puntos de acupresión.

También se le solicitará que complete un documento escrito semanalmente para seguir su evolución .

Su participación tendrá una duración estimada de 2 horas el primer seminarios, el resto de seminarios tendrán una duración aproximada de 1 hora, el último seminario tendrá una duración estimada de 2:30 horas y completar el documento semanalmente una duración estimada de 2 minutos diarios.

La primera reunión se llevará a cabo el día 7 de Noviembre de 2014 a las 10:00h en la 5ª planta del C.S. Fontenla Maristany en el aula de personal.

El promotor o el investigador pueden decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o suspender su participación por la aparición de nueva información pertinente, por razones de seguridad, o por no cumplir con los procedimientos del estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

Su participación no implicará ningún riesgo para usted.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

El beneficio que puede obtener es una pérdida de peso progresiva con el paso de las semanas que será registrada y también una adherencia a nuevos hábitos de vida saludables mediante la práctica de acupresión.

Aunque no se prevé una aplicación inmediata de estos resultados, se espera que a raíz de los mismos se elaboren intervenciones de enfermería específicamente dirigidas a personas con sobrepeso para poder fomentar la disposición para mejorar la gestión de la propia salud.

En el futuro, es posible que estos hallazgos sean útiles para entender mejor el problema del sobrepeso y tal vez podría beneficiar a la gente como usted, pero no hay aplicaciones inmediatas de los mismos.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio se presentarán a las publicaciones científicas para su difusión y a congresos pero no se transmitirá cualquier información que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, la comunicación y la cesión de datos se realizará de conformidad con lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos personales. En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, rectificarlos o cancelarlos.

Sólo el equipo de investigación y las autoridades sanitarias, que tienen el deber de mantener la confidencialidad, tienen acceso a todos los datos recogidos en el estudio. Puede ser transmitida a terceros la información que no pueda ser identificada. Si alguna información es transmitida a otros países, habrá un nivel equivalente de protección de datos, por lo menos, como lo exige el reglamento de nuestro país.

¿Qué ocurrirá con el cuestionario escrito?

Mientras dure el estudio, la información recogida tanto el cuestionario escrito como el documento semanal será codificada por si se plantea la posibilidad de contactar para obtener nuevos datos considerados importantes para el estudio o para matizar en algunos aspectos tratados anteriormente. El responsable de la custodia de los cuestionarios escritos será el investigador/a que las haya obtenido, que las almacenará por el

tiempo necesario para completar el estudio. Finalmente se destruirán una vez que hayan sido analizados todos los datos.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

No procede en este tipo de estudio. El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio y usted no será retribuido por participar.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con el investigador principal del estudio: Rocío Dopico Losada en el teléfono 616131850 o por correo electrónico en rocio.dopico@udc.es para más información.

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: ¿Puede la acupresión incrementar las conductas saludables relacionadas con una mejor gestión del peso corporal?

Yo, con nombre.....y apellidos.....:

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude hablar con la investigadora Rocío Dopico Losada y hacer todas las preguntas acerca del estudio necesarias para comprender sus condiciones y considero que recibí suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En cuanto a los resultados de la investigación:

- DESEO conocer los resultados.
- NO DESEO conocer los resultados.

El/la participante
(firma del participante)

El/la investigador/a
(firma del investigador)

Asdo.:

Asdo.:

Fecha:

Fecha:

ANEXO V: CUESTIONARIO DE ELABORACIÓN PROPIA

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene preguntas acerca de sus características sociodemográficas en el presente. Por favor, responda a cada pregunta lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna pregunta. Indique la respuesta correcta marcando el cuadrado con una

Hábitat: ¿Tiene hijos/as? SI NO

Número de hijos: un hijo/a dos hijos/as familia numerosa (≥ 3 hijos/as)

Edad de los hijos: 1º 2º 3º 4º 5º

Ocupación: Estudiante Activa laboralmente (Trabajadora remunerada)
 Ama(o) de casa En paro
 Otros: indique cual:.....

En una escala del 1-10 (siendo el 1 poco satisfecha y el 10 muy satisfecha), ¿qué puntuación le daría a su satisfacción con su vida familiar? :

.....

En una escala del 1-10 (siendo el 1 poco satisfecha y el 10 muy satisfecha), ¿qué puntuación le daría a su satisfacción con su vida laboral?:

.....

En una escala del 1-10 (siendo el 1 poco satisfecha y el 10 muy satisfecha), ¿qué puntuación le daría a su satisfacción con sus relaciones sociales? :

.....

¿Tiene personas mayores a su cargo? Si No

Indique el grado de dependencia de la persona mayor a su cargo:

Leve Moderado Elevado

Peso:.....Kg

Talla:.....cm

IMC:Kg/m²

ANEXO VI: CUESTIONARIO DEL ESTILOS DE VIDA II

INSTRUCCIONES:

En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos actuales. No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es su forma de vivir. Por favor no deje preguntas sin responder. Marque con una X el casillero que corresponda a la respuesta que refleje mejor su forma de vivir.

N = nunca, A = algunas veces, M = frecuentemente, o R = rutinariamente

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENT EMENTE	RUTINARIA MENTE
1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	N	A	M	R
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.	N	A	M	R
3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	N	A	M	R
4. Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	A	M	R
5. Duermo lo suficiente.	N	A	M	R
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	N	A	M	R
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	A	M	R
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	N	A	M	R
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	A	M	R
10. Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).	N	A	M	R

11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	N	A	M	R
12. Creo que mi vida tiene propósito.	N	A	M	R
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	N	A	M	R
14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N	A	M	R
15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	A	M	R
16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.	N	A	M	R
17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N	A	M	R
18. Miro adelante hacia el futuro.	N	A	M	R
19. Paso tiempo con amigos íntimos.	N	A	M	R
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	N	A	M	R
21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	A	M	R
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	N	A	M	R
23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	N	A	M	R
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	N	A	M	R
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	N	A	M	R
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	N	A	M	R
27. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	N	A	M	R

28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	N	A	M	R
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	N	A	M	R
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	N	A	M	R
31. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.	N	A	M	R
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	N	A	M	R
33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	N	A	M	R
34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar).	N	A	M	R
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	N	A	M	R
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).	N	A	M	R
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	A	M	R
38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.	N	A	M	R
39. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o).	N	A	M	R
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	N	A	M	R
41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	N	A	M	R
42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	N	A	M	R
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	A	M	R
44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y	N	A	M	R

sodio en los alimentos empacados.				
45. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	N	A	M	R
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	N	A	M	R
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	N	A	M	R
48. Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.	N	A	M	R
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.	N	A	M	R
50. Como desayuno.	N	A	M	R
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	M	R
52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	N	A	M	R

ANEXO VII: CUESTIONARIO DEL PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM (PSN)

INSTRUCCIONES:

En este cuestionario se pregunta sobre sus diferentes estados de salud. No hay respuesta correcta o incorrecta, es su percepción. Por favor no deje preguntas sin responder. A continuación verá algunos de los problemas que la gente puede tener en su vida diaria. Lea atentamente la lista de problemas. En cada problema, si usted lo tiene, marque la casilla “SI” y si usted no tiene ese problema marque la casilla “NO”. Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está muy seguro/a de contestar “SÍ” o “NO”, señale la respuesta que crea que es más cierta en la actualidad y mejor refleje su estado de salud.

LISTA DE LOS “STATEMENTS”

INDICADORES	SI	NO
<i>Movilidad física</i>		
Me cuesta alcanzar los objetos		
Me cuesta doblarme		
Tengo problemas al subir y bajar escaleras o peldaños		
Me cuesta estar de pie durante un rato largo (por ejemplo, en el fregadero de la cocina, esperando el autobús).		
Solo puedo pasear dentro de casa		
Me cuesta vestirme		
Necesito ayuda para pasear por la calle (por ejemplo, un bastón o alguien en quien pueda apoyarme).		
No puedo andar		

<i>Dolor</i>		
Siento dolor al subir o bajar escaleras o peldaños		
Siento dolor cuando permanezco de pie		
Siento dolor al cambiar de posición		
Siento dolor cuando estoy sentado		
Siento dolor cuando camino		
Siento dolor por la noche		
Tengo un dolor insoportable		
Tengo un dolor constante		
<i>Sueño</i>		
Me despierto de madrugada		
Me cuesta largo tiempo poder conciliar el sueño		
Duermo mal por las noches		
Tomo sedantes para poder dormir		
Permanezco insomne la mayor parte de la noche		
<i>Energía</i>		
De repente se me acaban las fuerzas		
Cualquier cosa me cuesta un esfuerzo		
Estoy siempre cansado		
<i>Aislamiento social</i>		
Me cuesta llevarme bien con la gente		

Me cuesta establecer contacto con la gente		
Siento que no hay nadie que me comprenda		
Me siento solo		
Me siento como una gran carga para la gente		
Reacciones emocionales		
Los días parecen arrastrarse		
Me siento al límite		
He olvidado lo que es divertirme		
Últimamente me enfado fácilmente		
Las cosas me van mal		
Me despierto deprimido		
Los problemas me mantienen insomne toda la noche		
Siento como si perdiese el control		
Creo que no vale la pena vivir		

En la lista siguiente señale "SI" para cada uno de los aspectos de su vida que se haya visto afectado por su salud. Conteste "NO" para aquellos aspectos que no estén afectados

	SI	NO
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con su puesto de trabajo?		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con los trabajos domésticos?(<i>ejemplo: limpiar, cocinar, pintar, hacer</i>		

<i>reparaciones)</i>		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas en su vida social?		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas en su vida familiar?		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con su vida sexual?		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con sus pasatiempos y aficciones? (<i>ejemplo: hacer deporte, ver la TV, hacer media, etc...</i>)		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con los días de fiesta?(<i>vacaciones, navidades, fines de semana...</i>)		

ÍTEMS	PUNTOS
ENERGÍA	
DOLOR	
MOVILIDAD FÍSICA	
REACCIONES EMOCIONALES	
SUEÑO	
AISLAMIENTO SOCIAL	
ÁREAS LIMITADAS POR SU ESTADO DE SALUD	
TOTAL PUNTUACIÓN	

ANEXO VIII: HOJA DE SEGUIMIENTO SEMANAL

SEMANA:.....	PESO (KG)	Nº de días en que ha realizado la rutina completa	Nº de días en que ha realizado la rutina incompleta
Sábado			
Domingo			
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			

ANEXO IX: RUTINA DE ACUPRESIÓN: GRUPO DE CONTROL

1. Los tres golpeteos:
 - a. golpe nº1: el punto k-27
 - b. golpe nº2: el timo
 - c. golpe nº3: los puntos neurolinfáticos del bazo
2. La marcha cruzada (cambiar foto)
3. La postura de wayne cook
4. El estiramiento de la coronilla.
5. El masaje linfático
6. La cremallera
7. La conexión

ANEXO X: RUTINA DE ACUPRESIÓN: GRUPO DE CASOS

1. Si comes de forma compulsiva: el golpeteo del triple calentador, soplo.
2. Sensación de hambre y vacío :achicador de vientre de Maddie
3. Superar el hambre: achicador del vientre de Maggie
4. Combatir el miedo a la báscula
5. Reducir cintura y abdomen: conectar cielo y tierra, estiramiento abdominal, estiramiento hacia los lados, balanceo en espiral y manotada de Tanya.
6. Oxigenar tu cuerpo: respiración de diafragma.
7. "Tapping".