

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud
Fundación Héctor A. Barceló
Facultad de Medicina – Carrera de Nutrición



Trabajo Final de Investigación

**Relación entre la Percepción de Obstáculos y la Adherencia al
Tratamiento Nutricional en integrantes de grupos para el
descenso de peso corporal**

Autores: María Belén Amicone
Marcelo Alejandro Settis

Directora: Lic. María Laura Oliva

Asesora Metodológica: Lic. Laura Pérez

Año 2012

Agradecimientos

A la Licenciada Laura Pérez, quien nos asesoró maravillosamente durante todo este tiempo, con gran compromiso y una paciencia de oro. A la Licenciada María Laura Oliva, quién nos orientó con sus conocimientos, a darle forma nuestro trabajo. Sin ellas, estas páginas no existirían.

A todos aquellos que con su participación nos dieron lo más valioso que tiene cualquier ser humano que es su tiempo.

Y a todas las personas que padecen esta enfermedad y se esfuerzan cotidianamente para recuperarse, muchas veces sin éxito.

A mi mamá y a mi papá, que me dieron todo, me transmitieron grandes valores y además, me inspiraron para ser una mujer luchadora y perseverante.

A Leticia, sin ella hoy no sería quien soy, ni estaría donde estoy.

A las nutricionistas del Hospital Eva Perón, Alejandra, por ser tan exigente, a María del Carmen, Gabriela, Bárbara y muy especialmente a Adriana, una de las personas que más admiro. Ellas me dieron el empujón que necesitaba para seguir adelante. Les doy las gracias por su enorme generosidad, sus enseñanzas y su cariño.

A Marcelo, un gran compañero de facultad y, a esta altura, un amigo. Agradezco su paciencia, su optimismo y sus consejos.

Con mucha alegría y emoción, les doy las gracias con todo mi corazón.

A mis padres que con gran esfuerzo forjaron en mí los principios que me permitieron llegar hasta aquí valorando el esfuerzo y la dedicación.

A mis hijas Natalia y Guadalupe, quienes con su comprensión y amor incondicional me inspiraron a realizar cambios fundamentales en mi vida.

A Mariana, quien con su amor, paciencia, apoyo y consejo oportuno me animó a disfrutar de la nutrición.

A Román Albornoz, quien con su sabiduría, guía gran parte de mis decisiones y a Diego Dalmau Pereyra, quien con sus consejos, me enfoca en mis principios, alentándome ambos a transitar este nuevo camino.

A Belén, una persona con bellísimos sentimientos, gran emprendedora y mejor compañera de estudio, que en momentos de desaliento logró devolverme la energía para continuar.

María Belén Amicone

Marcelo Alejandro Settis

Tarda en llegar, y al final, al final hay recompensa.

Índice

Índice	1
Resumen	3
Resumo.....	4
Abstract.....	5
Introducción	6
Marco Teórico.....	7
Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	7
Sobrepeso y Obesidad	9
Etiología	12
Epidemiología	16
Impacto de la obesidad sobre la salud	21
Aspectos Psicológicos de la Obesidad	29
Tratamiento.....	33
Terapéutica Nutricional.....	34
Adherencia al Tratamiento	37
Justificación	45
Objetivos.....	46
Objetivo General	46
Objetivos Específicos	46
Hipótesis	47
Diseño Metodológico	47
Tipo de estudio y diseño general.....	47
Población	47
Muestra	47
Criterios de inclusión y exclusión.....	48
Definición operacional de las variables.....	48
Tratamiento estadístico propuesto	51
Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos.	52
Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.	52

Resultados.....	53
Discusión	63
Conclusiones	66
Referencias bibliográficas.....	68
Anexos.....	77
Tablas	77
Formulario encuesta.....	81

Resumen

Introducción: La obesidad es una patología multidimensional, y para tratarla es necesario lograr que el paciente siga las instrucciones brindadas por el equipo multidisciplinario, es decir, que adhiera al tratamiento. Conocer los obstáculos que se presentan durante el tratamiento puede ayudar a afrontarlos y mejorar la adherencia.

Objetivo general: Determinar la relación entre los obstáculos percibidos por las personas realizan un tratamiento dietético para el descenso de peso y la adherencia al mismo.

Diseño metodológico: Es un estudio observacional, explicativo, de corte transversal. Se tomó una muestra de 100 personas, mayores de 18 años que asistieron a los encuentros de grupos de autoayuda para el descenso de peso durante agosto y septiembre de 2013. Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia. Se realizó una encuesta semiestructurada, cerrada, de carácter anónimo. Para determinar la Adherencia, se aplicó un cuestionario consistente en una escala cualitativa de seis preguntas validado previamente en otras investigaciones.

Resultados: De la muestra total, el 60% fueron mujeres y el 40% varones. La edad promedio fue de 45 años (rango etario entre 18 y 80 años). Según IMC el 4% se encontró en normopeso, el 28% en sobrepeso y el restante 68% en obesidad.

De un total de 10, el promedio de la cantidad de obstáculos percibidos fue de 4,1. Siendo los más frecuentes "Falta de Motivación", 69%, "Antigüedad de la obesidad", 52%, "Antecedentes familiares de obesidad", 51% y "Baja autoestima", 49%. Aquellos con normopeso tuvieron una mediana de 3,5 obstáculos, aquellos con sobrepeso de 4 y los con obesidad de 3.

Los Obstáculos más influyentes fueron "Falta de Motivación", "Baja autoestima" y "Antigüedad de la obesidad".

Los varones seleccionaron más frecuentemente "Largas jornadas laborales", 43% y "Falta de apoyo del entorno", 40%, mientras que los porcentajes para las mujeres fueron del 25 y 22% respectivamente. Ellas seleccionaron "Falta de recursos económicos" en un 27% y ellos sólo en un 5%.

La Adherencia resultó del 10%, siendo mayor en los varones con 15%, que en las mujeres, con un 7%. Los adherentes tuvieron un promedio de 4,8 obstáculos, y aquellas que no, de 4, diferencias que no resultaron significativas.

El 1% de las personas con antigüedad de hasta 6 meses presentaron adherencia positiva. Aquellas entre 7 y 12 meses no presentaron y de las que superaban los 12 meses el 9% adhirió.

Discusión: La adherencia parece ser deficiente. Puede deberse a la aplicación de la herramienta utilizada para medirla. No pudo lograrse establecer relación alguna entre la cantidad de obstáculos seleccionados y la adherencia al tratamiento, aunque podría deberse al número bajo de adherentes.

En contraposición con la bibliografía, la "Falta de acompañamiento del profesional" 30%, quedó en 7mo lugar. De estos resultados se desprende que todo profesional que aborde la problemática, deberá tener en cuenta estos factores que obstaculizan la adherencia al tratamiento. Se deberá considerar tanto los factores que resultaron comunes, como aquellos diferenciados para cada sexo.

Conclusión: Es de destacar el rol trascendental del nutricionista en el abordaje, pero también el tipo de obstáculos permite señalar al psicólogo como otro profesional indispensable. Sin perjuicio de los beneficios que puedan aportar las reuniones grupales de autoayuda.

Palabras Claves: Obstáculos, adherencia al tratamiento, sobrepeso y obesidad

Resumo

Introdução: A obesidade é uma doença multidimensional, e para tratá-la é preciso fazer o paciente seguir as instruções dadas pela equipe multidisciplinar, ou seja, aderir ao tratamento. Conhecer as barreiras que surgem durante o tratamento pode ajudar a resolvê-las e melhorar a aderência.

Objetivo geral: determinar a relação entre as barreiras percebidas pelas pessoas que fazem um tratamento alimentício para diminuição de peso e a adesão a ele.

Desenho metodológico: É um estudo explicativo, observacional, transversal. Tomou-se uma mostra de 100 pessoas com mais de 18 anos, que participaram das reuniões de grupos de auto-ajuda para diminuição de peso durante os meses de agosto e setembro de 2013. Fez-se uma amostragem não probabilística, e sim por conveniência. Fez-se uma enquête semi- estruturada fechada, conduzida, e anônima. Para determinar a adesão, aplicou-se um questionário com uma escala qualitativa de seis perguntas previamente validadas em outras pesquisas.

Resultados: Do total da mostra, 60% foram do sexo feminino e 40% masculino. A idade média foi de 45 anos (variando de 18 a 80 anos). De acordo com o IMC, 4% foi encontrado com peso normal, 28% com excesso de peso e o restante 68% com obesidade.

De um total de 10, a quantidade média de barreiras percebidas foi de 4,1. As mais frequentes foram "Falta de motivação", 69% "O tempo de obesidade", 52 % "História familiar de obesidade", 51% e " Baixa estima", 49%. Aqueles com peso normal tiveram uma média de 3,5 barreiras, aqueles com sobrepeso de 4, e aqueles com obesidade de 3.

As barreiras mais influentes foram "Falta de motivação", "Baixa estima" e "O tempo da obesidade".

Eles selecionaram com maior frequência as "Longas horas de trabalho", 43% e "Falta de apoio do ambiente social", 40%, enquanto os percentuais para as mulheres foram 25 e 22% na mesma ordem. Elas selecionaram "Fatores Econômicos" no percentual de 27%, enquanto eles apenas representam um 5%.

A aderência foi de 10%, sendo maior no sexo masculino, com 15%, e nas mulheres, com 7%. Os que aderiram tiveram uma média 4,8 barreiras, e aqueles que não, de 4, as diferenças não foram significativas.

1% das pessoas que assistiram menos de 6 meses tiveram aderência. Aqueles entre 7 e 12 meses não tiveram e os superiores a 12 meses aderiram no percentual de 9%.

Discussão: A aderência pareceu baixa. Pode ser devido à implementação da ferramenta para medi-la. Não foi possível estabelecer uma relação entre o número de barreiras selecionadas e a adesão ao tratamento, embora pode ser devido ao baixo número de adeptos.

A diferença da literatura, a "Falta de apoio profissional" ficou em 7º lugar, com percentuais de 30%. A partir desses resultados conclui-se que todos os profissionais tratantes devem tomar conta destes fatores que dificultam a adesão. Devem considerar os fatores comuns, e também aqueles diferentes para cada sexo.

Conclusão: É importante dar ênfase sobre o rol do nutricionista, que é um profissional indispensável na abordagem, mas também os tipos de obstáculos podem apontar para o psicólogo. Sem prejuízo dos benefícios que podem proporcionar as reuniões do grupo de auto-ajuda.

Palavras-chave: Barreiras, adesão, excesso de peso e obesidade

Abstract

Introduction: Obesity is a multidimensional disease, and to treat it is necessary to get the patient to follow the instructions given by the multidisciplinary team, ie to adhere to treatment. Knowing the obstacles that arise during treatment can help address them and improve adhesion.

General Aim: To determine the relationship between the barriers perceived by people making a dietary treatment for losing weight, and the adherence to it.

Methodological design: It is an explanatory, cross-sectional observational study . A sample of 100 people over 18 years old, who attended the meetings of self-help groups for weight decrease during August and September 2013 were noted. A non- probability sampling was performed for convenience. One, closed, semi-structured survey was conducted anonymously. To determine the adhesion, a consistent questionnaire was applied in a qualitative scale of six questions previously validated in other research.

Results: Of the total sample, 60% were female and 40% male. The average age was 45 years old (age range 18 to 80 years). According to BMI, 4% was found in normal weight, 28% overweight and the remaining 68% in obesity.

Of a total of 10 barriers, the average amount of perceived barriers was 4,1. The most frequent "Lack of Motivation", 69%, "Antiquity of obesity", 52%, "Family history of obesity", 51% and "Low self esteem", 49%. Those with normal weight had an average of 3,5 barriers, those with overweight, 4, and the obese, 3.

The most influential barriers were "Lack of Motivation", "Low self esteem" and "Antiquity of obesity". Males most frequently selected "Long working hours", 43%, "Lack of support from their environment", 40%, while the percentages for women were 25 and 22% respectively. The female selected "Lack of economic resources", by 27% and only 5% of the men selected this barrier.

Adherence was 10%, being higher in males with 15% than in women, with 7%. Adherents averaged 4,8 obstacles, and those that did not , 4. Differences were not significant.

1% of the people who attended the group 6 months or less had a positive grip. Those between 7 and 12 months had not exceeding, and those with 12 months or more 9% adhered .

Discussion: Adherence appears to be deficient. It may be due to the implementation of the tool used to measure it. It Could not be established a relationship between the number of selected barriers and treatment adherence, although it could be due to the low number of adherents.

In contrast to the check bibliography, "Lack of support from the profesional involved ", 30% , came in 7th place . From these results it can be conclude that every professional to address this problem should consider these factors that hinder adherence. They should consider the factors that were common for each sex, as well as as those that were differentiated.

Conclusion: It is crucial to emphasize the role of the nutritionist in the approach to the treatment, but also the kind of obstacles can reveal that the psychologist is another indispensable professional. Notwithstanding the benefits that self-help group meetings can provide.

Keywords: Obstacles, adherence, overweight and obesity

Introducción

La alimentación y el estilo de vida de los habitantes de países del mundo occidental han sufrido transformaciones a lo largo de la historia. En la actualidad, el alto consumo de alimentos poco saludables, como lo son los azúcares, dulces, gaseosas, comidas rápidas, grasas saturadas y sodio, han repercutido directamente en el estado de salud de una gran parte de la población. (1)

La incidencia de obesidad y patologías asociadas ha aumentado y continúa haciéndolo año tras año. Su alcance no es exclusivo de una clase social, ya que afecta tanto a las clases altas (con mayor acceso a todo tipo de alimentos) como a las clases bajas (que tienen un acceso limitado a los alimentos, y los mismos son de pobre calidad, siendo abundantes en hidratos de carbono, pero deficientes en otros nutrientes como proteínas, vitaminas y minerales).

Por lo expuesto, resulta evidente la importancia de abordar la problemática, para minimizar el impacto y revertir los cambios que se vienen produciendo.

En el tratamiento de la obesidad, confluyen 3 pilares que deben tratarse simultáneamente. Los mismos son: el tratamiento nutricional, el psicológico y la actividad física. Para alcanzar los objetivos que se plantean, se deben conocer cuáles son los factores que obstaculizan la realización del tratamiento y los niveles de adherencia al mismo. Sólo contando con dicha información se podrá implementar una estrategia efectiva para la dietoterapia de los pacientes obesos. (2, 3)

Para lograr el éxito, se debe conocer en profundidad la temática, haciéndose necesaria la investigación científica multidisciplinaria.

En el presente trabajo, se ahonda sobre los obstáculos presentes al momento de realizar el tratamiento nutricional para el descenso del peso corporal y la adherencia al mismo. Se investigará la posibilidad de que exista relación entre ambos.

Marco Teórico

Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

En oportunidad de una Reunión sobre Adherencia Terapéutica celebrada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en junio de 2001, adoptó como definición de Enfermedades Crónicas *“aquellas con una o varias de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención”*. (1,2)

La dieta y la nutrición son muy importantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida. Está bien establecida su función como factores determinantes de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y eso los convierte en componentes fundamentales de las actividades de prevención. (3)

Las ECNT son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas. Contrariamente a la opinión popular, los datos disponibles demuestran que casi el 80% de las muertes por ECNT se dan en los países de ingresos bajos y medios. A pesar de su rápido crecimiento y su distribución no equitativa, la mayor parte del impacto humano y

social que causan cada año las defunciones relacionadas con las ECNT podrían evitarse mediante intervenciones bien conocidas, costoeficaces y viables. (4)

Los datos referentes a la mortalidad y a la morbilidad revelan el impacto creciente y desproporcionado de la epidemia en los entornos con recursos escasos. Más del 80% de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares y diabetes, y alrededor del 90% de las causadas por enfermedades pulmonares obstructivas, tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. Más de los dos tercios de todas las muertes causadas por el cáncer tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. Las ECNT también matan en edades intermedias de la vida en los países de ingresos bajos y medios, en los que el 29% de las muertes causadas por esas enfermedades tienen lugar entre personas menores de 60 años, frente al 13% en los países de ingresos altos. (4)

Las ECNT son en gran medida prevenibles. La adopción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir las enfermedades crónicas representa un avance importante de las ideas favorables a una política sanitaria integrada. (3)

Los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física modernos son comportamientos de riesgo que se difunden por los países y pasan de una población a otra como una enfermedad infecciosa, con incidencia en los perfiles de morbilidad a nivel mundial. (3)

Mientras que la edad, el sexo y la vulnerabilidad genética son elementos no modificables, gran parte de los riesgos asociados a la edad y el sexo pueden ser aminorados. Tales riesgos incluyen factores conductuales (régimen alimentario,

inactividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol), factores biológicos (dislipidemia, hipertensión arterial, sobrepeso e hiperinsulinemia) y, por último, factores sociales, que abarcan una compleja combinación de parámetros socioeconómicos, culturales y otros elementos del entorno que interactúan entre sí. (3)

La carga rápidamente creciente de enfermedades crónicas es un determinante clave de la salud pública mundial. Un 79% de las defunciones atribuibles a enfermedades crónicas se dan ya en los países en desarrollo, sobre todo entre los hombres de mediana edad (4). La evidencia de que los riesgos de sufrir enfermedades crónicas empiezan en la vida fetal y persisten hasta la vejez es cada vez mayor. Por consiguiente, las enfermedades crónicas del adulto reflejan distintas exposiciones acumuladas durante toda la vida a entornos físicos y sociales perjudiciales. (5-7)

Sobrepeso y Obesidad

Definir la obesidad es referirse recurrentemente a aumento del peso corporal (PC), aumento en el tamaño y número de adipocitos, incremento del Índice de Masa Corporal (IMC) y otros aspectos de la salud relacionados con ella. (8)

Es por ello que distintas organizaciones o grupos de trabajo de distintos países han ensayado diversas definiciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al sobrepeso y la obesidad *como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.* (8)

Otros autores han avanzado en el concepto definiendo a la obesidad como *un aumento de la Grasa Corporal (GC), frecuentemente acompañado de un incremento del PC. La magnitud y la distribución del exceso de GC condicionan la salud del organismo.* (9)

Con un enfoque más clínico y a partir de observar a la obesidad como una enfermedad, resultado de las alteraciones originadas por el aumento del tejido adiposo, sobre todo de tipo hipertrófico se la podría definir como *un grupo de cuadros clínicos de tipo crónico, caracterizados por el aumento de la GC, frecuentemente acompañados de un incremento del PC. La magnitud del exceso de GC, su distribución, su posible carácter hipertrófico y el eventual depósito ectópico de la grasa determinan el grado de enfermedad de estos cuadros.* (10)

En 1983 el National Center for Health Statistics de los Estados Unidos de América (NCHS) diferenció entre sobrepeso y obesidad, aclarando que el primero se refiere a un exceso de peso para la talla, debido a un incremento de masa muscular mientras que obesidad es un aumento de masa o tejido graso con respecto a la masa magra.(11)

Desde el punto de vista diagnóstico, se utiliza habitualmente métodos antropométricos para tal fin, centrándose más frecuentemente en el Índice de Masa Corporal (IMC). Esta medida de asociación entre el PC y la talla de un individuo (PC en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros), que fuera desarrollado por el estadístico belga L.A.J. Quetelet (razón por la cual también se lo denomina Índice de Quetelet); es una indicación simple de la relación entre el PC y la talla utilizada frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en adultos, tanto a nivel individual como poblacional. (12)

El IMC puede utilizarse para estimar de forma aproximada la prevalencia de sobrepeso y obesidad en una población, así como los riesgos que llevan asociados. Sin embargo, no da cuenta de las variaciones en la obesidad entre distintos individuos y poblaciones. (13)

En los últimos años se han puesto distintos puntos de corte del IMC respecto del sobrepeso y la obesidad, en particular en la región de Asia y el Pacífico. (13)

En la actualidad se disponen de pocos datos para dar recomendaciones definitivas, aunque en el año 2002 en una consulta de expertos de la OMS sobre el IMC apropiado para las poblaciones de Asia y sus repercusiones en la política y las estrategias de intervención consideró que para conseguir un grado óptimo de salud, la mediana del IMC para la población adulta debería situarse en el intervalo 21-23 kg/m², mientras que la meta para los individuos debería ser mantener el IMC en el intervalo 18,5 – 24,9 kg/m². (13)

La OMS define el sobrepeso como un IMC mayor o igual a 25 kg/m² y a la obesidad con un IMC mayor o igual a 30 kg/m². Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero existen pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC mayor a 21 kg/m². (12)

Clasificación del exceso de peso en adultos según IMC		
Clasificación	IMC (kg/m ²)	Riesgo de comorbilidad
Peso insuficiente	< 18,5	Bajo (pero mayor riesgo de otros problemas clínicos)
Intervalo normal	18,5 – 24,9	Medio
Sobrepeso	≥ 25,0	

Preobesidad	25,0 – 29,9	Mayor
Obesidad de Tipo 1	30,0 – 34,9	Moderado
Obesidad de Tipo 2	35,0 – 39,9	Grave
Obesidad de Tipo 3	≥ 40,0	Muy Grave
Fuente: Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO Technical Report Series, Nº 894).		

Las tasas de mortalidad aumentan a medida que lo hacen los grados de exceso de peso medidos en función del IMC. A medida que aumenta el IMC, también lo hace la proporción de personas con una o más afecciones asociadas. (13, 14)

Etiología

Las causas de esta patología son amplias y diversas. Generalmente no se presentan como elementos únicos en su desarrollo, sino que, por el contrario, la obesidad es el resultado de la confluencia de varios factores predisponentes.

La obesidad puede ser de etiología determinada, como por ejemplo ciertas enfermedades endócrinas y lesiones hipotalámicas. Esta representa el 3 al 5% de los casos.

También puede ser por una etiología indeterminada, en la cual se incluyen factores genéticos y ambientales, y representa el 95 a 97% de los casos. (15)

Entre la diversidad de factores que contribuyen a la etiología de la obesidad están los genéticos, los ambientales, los nutricionales, y la actividad física, entre otros. (16)

* Factores genéticos:

Si bien es cierto que es difícil diferenciar entre la herencia genética y la llamada herencia ambiental, la evidencia indica que en algunas familias se llega a dar la susceptibilidad a la obesidad.

Algunos estudios en individuos con un intervalo amplio de valores de IMC aunada a información de sus hermanos, padres y parejas, sugieren que de 25 al 40 por ciento de la variabilidad individual en el IMC posiblemente dependa de factores genéticos. Por otra parte, los estudios en gemelos idénticos que crecieron en ambientes diferentes indican que la contribución genética al IMC puede ser aún mayor; es decir, de alrededor de 70 por ciento. Por medio de un estudio realizado en los años cincuenta, se encontró que mientras la descendencia de una pareja con peso adecuado tiene tan sólo entre siete y 14 por ciento de probabilidades de padecer obesidad, la cifra aumenta a 40 y 80 por ciento, respectivamente, cuando uno o ambos progenitores son obesos. No obstante, se ha observado la misma tendencia del peso corporal tanto en hijos biológicos como en hijos adoptivos de personas obesas. La interpretación que se da a estos hechos es que los modelos de comportamiento de los padres –o herencia social– también desempeñan un papel importante en la génesis de la obesidad.

Actualmente se sabe que existen varios genes capaces de causar obesidad o de aumentar la susceptibilidad de desarrollarla. El descubrimiento en humanos del llamado gen de la obesidad o gen ob ha cambiado la noción sobre la función de la herencia en el desarrollo de la obesidad. Este gen codifica la proteína leptina en las células adiposas. Aparentemente, la leptina actúa a nivel del hipotálamo e influye en el apetito y en el balance energético. Cuando hay deficiencia de leptina,

la saciedad se encuentra alterada, lo cual trae como consecuencia un hambre constante que conduce al consumo excesivo de alimentos. Sin embargo, la mayoría de las personas obesas no tiene una deficiencia de leptina. (16)

* Factores metabólicos:

Se ha postulado que una anormalidad metabólica básica podría incrementar el almacenamiento energético en el tejido adiposo y producir obesidad por varios caminos, como ser: la desviación preferente de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos, el aumento de la eficiencia para degradar macronutrientes y almacenar la energía adicional en forma de triglicéridos en el tejido adiposo, una mayor eficiencia para efectuar trabajo fisiológico, lo que da por resultado una situación en la que se requiere menos energía y el exceso de ésta se convierte en triglicéridos, que se almacenan en el tejido graso y la inhibición de la movilización de la energía almacenada en forma de triglicéridos en el tejido adiposo. (16)

* Factores del sistema nervioso central:

Los mecanismos básicos que regulan el ingreso de energía o el acto de comer se localizan en el sistema nervioso central. Dicho sistema desempeña también un papel clave en la regulación del metabolismo energético al influir sobre la secreción hormonal. Se ha reconocido que el hipotálamo es una de las porciones del encéfalo que tiene mayor influencia en la regulación de la ingestión de alimentos. En el humano, los tumores, las inflamaciones o las lesiones en esta zona causan obesidad. (16)

* Factores endocrinos:

Una posible explicación de algunas formas de obesidad se encuentra en el desequilibrio hormonal primario, que al afectar el comportamiento alimentario, el gasto de energía, o ambos, da por resultado un balance energético positivo, con el consiguiente almacenamiento de la energía en el tejido adiposo. Entre las alteraciones endocrinas que se asocian con el desarrollo de obesidad se encuentra el síndrome de ovarios poliquísticos, el hiperinsulinismo, el síndrome de Cushing y el hipotiroidismo, entre otros, aunque hay que destacar que proporcionalmente ocupan un sitio pequeño en la prevalencia de obesidad en la población.

* Factores nutricionales:

Como ya se ha dicho, la obesidad es resultado de ingerir un exceso de energía, tal y como se demuestra en estudios de ingestión energética mediante la utilización de agua doblemente marcada. Esta situación se presenta con mayor frecuencia en individuos genéticamente susceptibles. Una vez que aparece la obesidad, otros factores, como la inactividad física y las adaptaciones metabólicas y hormonales, pueden contribuir a que persista o se agrave; todo esto, matizado por factores psicológicos propios de cada individuo. (16)

Algunos estudios sobre los hábitos alimentarios de los sujetos obesos muestran que éstos por lo general tienden a abusar de alimentos ricos en lípidos, que por tener una elevada densidad energética y no existir una regulación adecuada de una comida a otra, favorecen su depósito en forma de grasa corporal. (16)

* El estilo de vida como factor:

Los cambios recientes en el estilo de vida, caracterizados por un consumo excesivo de energía y una reducción notable en la actividad física, ofrecen una explicación razonable de la etiología de la obesidad. (16)

* Factores psicológicos:

En general, la psicopatología que acompaña a la obesidad no es considerada como la causa primaria de la misma, aunque sí es de gran importancia detectarla para poder dar una correcta orientación que apoye al plan de alimentación. (16)

* Factores sociales

Los datos epidemiológicos indican que la prevalencia de obesidad recibe una notable influencia de los factores sociales, económicos, raciales y otros relacionados con el estilo de vida. En los países desarrollados representa un serio problema de salud pública, aunque también los países de economías menos privilegiadas tienen altas prevalencias de obesidad. En general se ha encontrado una relación inversa entre el estado socioeconómico y la prevalencia de obesidad, aunque este fenómeno es más pronunciado en las mujeres. Sin embargo, la abundancia económica también trae como consecuencia un estilo de vida que favorece el desarrollo de obesidad. (16)

Epidemiología

La prevalencia de obesidad a nivel mundial no para de aumentar. Un estudio publicado en la revista International Journal of Obesity en el año 2008 donde analiza la carga global de la obesidad en el año 2005 y realiza proyecciones hacia el año 2030, señala que para ese año el 23,2% de la población masculina y el

22,4% de la población femenina a nivel global se encontraba con sobrepeso; de los cuales el 9,8% de los hombres y el 11,9% de las mujeres eran obesos. El número total de personas adultas con sobrepeso y obesidad estimado para el año 2005 fue de 937 millones y 396 millones respectivamente. El mismo estudio estima que de continuar estas tendencias de aumento ininterrumpido de las prevalencias, para el año 2030 habrá unas 2.160 millones de personas con sobrepeso y 1.120 millones de personas adultas con obesidad a nivel global. (17)

Tal como lo demuestran estudios recientes que estiman un aumento medio del IMC desde el año 1980 en todo el mundo de 0,4 kg/m² por década para los hombres y de 0,5 kg/m² por década para las mujeres. Según estos mismos estudios, al año 2008 había un estimado de 1460 millones de adultos de todo el mundo tenían un IMC mayor o igual a 25 kg/m², de los cuales 205 millones de hombres y 297 millones de mujeres tenían un IMC indicador de obesidad. (18)

En el continente americano al igual que en el resto del planeta, el proceso de Transición Nutricional, definido como los cambios históricos en los patrones socio-demográficos, de alimentación y de estilos de vida, y de su impacto en indicadores y estados de alimentación, salud y nutrición; han sido estudiado profusamente por Barry M. Popkin desde mediados de la década de 1990. Ésta se desde el punto de vista dietético se caracteriza por un escasa ingesta de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres. A esto se suma el consumo relativamente alto de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal, como la leche, las carnes, los cereales refinados y los alimentos altamente procesados. Estas características de la alimentación, sumado a la disminución de la actividad física relacionado al uso masivo de nuevas tecnologías tanto en los

lugares de trabajo como en el ámbito hogareño, como así también a cambios en los modos de transporte de activos a ser netamente pasivos. Se le suma a estos fenómenos los métodos de elaboración, distribución y comercialización globalizados por la industria alimentaria, con distintas estrategias de marketing abarcando la totalidad de los medios masivos de comunicación y abarcando gran cantidad de mensajes hacia la comunidad con la intención de focalizar la adquisición de alimentos en este tipo de establecimientos. También se ha observado una notoria reducción de las ventas de alimentos frescos en comercios específicos, aumentando en contraposición la oferta de éstos últimos en superficies de las grandes cadenas de supermercados. Como característica predominante en países de ingresos medios y bajos puede mencionarse que esta transición nutricional descrita anteriormente se está dando en un corto período de tiempo, dificultando el abordaje de sus consecuencias. (19)

Estas características en la alimentación, estilo de vida y de actividad física se han constituido como factores claves que generan un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. (20) Encuestas de población de América Latina y del Caribe indican que para el año 2002, entre el 50% y el 60% de los adultos y entre 7% y 12% de los niños menores de 5 años de edad exhibían sobrepeso o eran obesos. (21)

Según la Encuesta Nacional de Salud de Chile del año 2010, el sobrepeso en adultos alcanzaba los 64,5%, de los cuales 27,4% tenían obesidad como estado nutricional. (22)

En México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2012, el 35% de los adolescentes de entre 12 y 19 años registran sobrepeso u obesidad. En la

edad adulta, la prevalencia de sobrepeso en hombres es de 69,4% y 73% en mujeres. Un 26,8% de los hombres y un 37,5% de las mujeres registraron un IMC indicador de obesidad. (23)

En Estados Unidos, al año 2010, la prevalencia global de sobrepeso ascendía al 68,5%, 73,3% en los hombres y 63,9% en mujeres. Registraron indicadores de obesidad el 35,3% de la población adulta, de los cuales 34,4% eran hombres y 36,1% mujeres. (24)

A través de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) para Enfermedades No Transmisibles, Argentina cuenta a partir del año 2005 con una herramienta a nivel poblacional para evaluar la evolución de este tipo riesgos. En 2009 se efectuó la segunda y hasta el presente última ENFR de donde surgen datos vinculados a cuestiones nutricionales.

La prevalencia nacional de obesidad fue de 18%, significativamente mayor a la hallada en la ENFR 2005 (14,6%). Dicho incremento se observó en todas las regiones y en casi todas las provincias. A nivel nacional no se observó un incremento significativo del sobrepeso (34,4% en 2005 a 35,4% en 2009). (25)

En 2005, al 68,5% de las personas con obesidad algún profesional de la salud le había dicho que tenía que bajar de peso. En 2009 esta proporción fue similar, de 71,6%. Sin embargo solamente la mitad de los que habían referido haber recibido esta indicación en la ENFR 2009 (57,5%) estaba haciendo dieta o ejercicio para bajar de peso al momento de la entrevista. (25)

Los hombres tuvieron una mayor prevalencia de obesidad que las mujeres (19,1% vs. 17,1% a nivel nacional), en todas las regiones y en la mayoría de las provincias. (25)

Con respecto a la edad, se observó un aumento progresivo de la prevalencia de obesidad con la edad hasta los 65 años tanto a nivel nacional, como así también a nivel regional y provincial. Luego de esa edad, la prevalencia disminuye significativamente. (25)

También se visualizó una mayor prevalencia de obesidad en la población con menor nivel educativo y menores ingresos tanto a nivel nacional como regional y provincial. (25)

Cuando en la misma ENFR 2009 se expresan los datos vinculados al apartado Alimentación Saludable, no se evidencian cambios en el consumo diario de frutas, mientras que el de verduras disminuyó respecto de la ENFR 2005. (25)

En el año 2009, a nivel nacional se consumía en promedio 1 porción de frutas y 0,98 de verduras por día. Apenas el 4,8% de la población consumía la cantidad recomendada de 5 porciones o más por día de frutas y verduras. (25)

Las mujeres consumen en promedio más frutas y/o verduras por día que los varones (2,07 vs. 1,87). Asimismo, una mayor proporción de mujeres consume diariamente las 5 porciones recomendadas (5,2% vs 4,5%). Por su parte, el consumo de frutas y verduras fue mayor en los grupos de más edad. (25)

Respecto al nivel educativo se observó un mayor consumo promedio diario (2,1 porciones) y de 5 o más porciones de frutas y verduras (5,5%) en quienes presentaban secundario completo o más. (25)

También se evidenció que cuanto mayor era el nivel de ingresos, mayor era el consumo diario de frutas y verduras (en promedio 2,23 porciones para quienes ganaban más de \$4000) y una mayor proporción consumía al menos 5 porciones (6,5% en dicho segmento). (25)

La prevalencia de obesidad infantil está aumentando de forma alarmante tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En EEUU, Inglaterra y Japón existen claras evidencias de este incremento en la población pediátrica, tanto en grupos de niños preescolares como escolares. En algunos países latinoamericanos, las tasas de sobrepeso y obesidad son similares a las de EEUU. (26)

En Argentina, un estudio realizado por el Ministerio de Salud de la Nación bajo el programa materno infantil, informa una prevalencia de obesidad de 10,8% en los niños de 0 a 24 meses (rango 7-16,7) y de 7,03% entre los de 24 a 72 meses. Otro estudio realizado en Argentina, en varones de 18 años, informó una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 19,5% y de 4,1%, respectivamente. (26)

Impacto de la obesidad sobre la salud

La obesidad constituye una patología crónica que presenta no solamente una mayor mortalidad sino también comorbilidad, en relación con su gravedad (a mayor IMC mayores complicaciones) y a su distribución (mayores comorbilidades con obesidad central o abdominal que con la de distribución periférica). (27)

Es ampliamente sabido que la obesidad impacta adversamente sobre varios aspectos de la calidad de vida en general, entre ellos la salud física, el bienestar emocional y el funcionamiento psicosocial. (16)

La acumulación de tejido graso favorece la aparición de complicaciones, tanto por un efecto mecánico derivado del aumento del compartimento graso, como por la secreción de ácidos grasos libres y adiponectinas, principales responsables de la comorbilidad asociada a la obesidad. (16)

Principales complicaciones médicas asociadas con la obesidad	
Metabólicas	Diabetes Mellitus; Intolerancia a la sobrecarga de glucosa; Insulino Resistencia; Dislipidemia Hiperuricemia – gota; Enfermedad metabólica; Síndrome de ovario poliquístico
Cardiovasculares	Hipertensión Arterial; Enfermedad coronaria; Insuficiencia cardíaca; Enfermedad isquémica cerebral; Insuficiencia venosa de miembros inferiores; Trombosis venosa profunda; Tromboembolismo pulmonar; Fibrilación auricular; Ictus isquémico
Digestivas	Litiasis biliar; Hernia hiatal; Esofagitis por reflujo; Esteatosis hepática no alcohólica
Respiratorias	Apnea del sueño; Hipoventilación pulmonar; Asma bronquial; Disnea al esfuerzo
Reumáticas / articulares	Artrosis; Lumbalgia
Genitourinarias	Litiasis renal; Incontinencia urinaria; Alteraciones menstruales; Infertilidad; Disfunción sexual
Neoplásicas	Cáncer de esófago, colon y recto, vesícula biliar, riñón, próstata, útero y mama
Cutáneas	Celulitis, intertrigo, foliculitis. Acantosis nigricans
Modificada de Arrizabalga JJ, Calañas-Contiente A et al. (31)	

Dentro de las comorbilidades más frecuentes, se encuentran las siguientes:

Cardiovasculares y respiratorias

La obesidad está relacionada a hipertensión arterial así como a otros problemas cardiovasculares como isquemia e insuficiencia cardíaca.

Los datos del estudio NHANES-III muestran que la prevalencia ajustada por la edad se incrementa progresivamente con el IMC. El riesgo relativo de hipertensión prácticamente se duplica (2,1 en varones y 1,9 en mujeres) en aquellos con $IMC > 30$ respecto al grupo con $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$. (27)

Otros estudios, como el INTERSALT, observaron que un exceso de 10 kg de peso suponía un incremento de 3 mm de Hg en presión arterial sistólica y 2,3 mm en diastólica. Estas diferencias en tensión arterial suponen un incremento de 12% en riesgo de enfermedad coronaria y 24% en riesgo de ictus. (27)

La pérdida de peso se asocia con descensos en los niveles de presión arterial²¹ de manera, que por cada 1 kg de peso perdido la presión arterial sistólica y diastólica descienden aproximadamente 1 mmHg. Además, la obesidad, dificulta el control de la presión arterial por fármacos antihipertensivos. (27)

El trabajo al que es sometido el miocardio es mayor en un sujeto obeso, ya que la excesiva masa de tejido adiposo requiere un aumento en la vascularización, por lo que se necesita un mayor volumen sanguíneo circulante. Esta hipervolemia fisiológica equivale a elevación del volumen intravascular por lo que el gasto cardíaco aumentará. Con el tiempo la dilatación del miocardio será evidente. (28)

Al haber un aumento en la precarga se predispone a una dilatación ventricular izquierda que aunado a la elevación de la poscarga, consecuencia de la

hipertensión, conlleva a hipertrofia ventricular izquierda. Debido a esta hipertrofia hay una disminución de la elasticidad del ventrículo, ocasionando disfunción diastólica del ventrículo izquierdo. (28)

En la revisión de Messerli se expone que los pacientes con obesidad muestran disminución de la contracción ventricular llevando a insuficiencia cardiaca congestiva. (28)

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es más frecuente en personas con obesidad extrema debido a que la misma favorece la obstrucción de la vía respiratoria superior durante el sueño, a causa de una disminución anatómica del calibre. Estas personas cursan con hipoxemia e hipercapnia lo que aumenta el riesgo de arritmias cardíacas. Durante la apnea se incrementa la presión arterial y en casos avanzados se acompaña de hipertensión pulmonar crónica. (28)

Otro de los problemas de las personas que padecen obesidad es el síndrome de hipoventilación alveolar asociada a la obesidad. La enfermedad se acompaña de disminución del volumen espiratorio de reserva debido a una restricción del volumen pulmonar y conduce a un decremento en la oxigenación arterial, que empeora cuando la persona se acuesta porque aumenta la presión abdominal disminuyendo aún más este volumen.

Los músculos respiratorios del obeso muestran contracciones normales, pero aquéllos con síndrome de hipoventilación son más débiles (hasta un 40%) por lo que la respiración es más rápida y superficial, siendo ineficaz para cubrir las demandas metabólicas de O_2 y además retienen CO_2 . La hipoxemia crónica se

acompaña de poliglobulina, hipertensión pulmonar e insuficiencia ventricular derecha. (28)

Diabetes y dislipidemias

La prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) aumenta a medida en que se incrementa el IMC. Ohlson y Larsson encontraron, por ejemplo, que fue y 2% para un IMC de 24 a 29,9; de 8% para un IMC de 30 a 34,9 y 13% para un IMC mayor a 35. (29)

La DM2 se asocia estrechamente con obesidad en ambos sexos y en todos los grupos étnicos. Más del 80% de los casos de DM2 se pueden atribuir a la obesidad. Existe un paralelismo perfecto entre el incremento de obesidad y el de diabetes tipo 2 en los últimos 30 años. El riesgo de DM2 se incrementa con el grado, duración de la obesidad y con la distribución de predominio central de la grasa corporal. En el estudio Nurses Health Study que incluyó a 114.281 enfermeras de Estados Unidos con un seguimiento de 14 años, el riesgo más bajo de diabetes se asoció a un índice de masa corporal (IMC) inferior a 22kg/m^2 , incrementándose gradualmente con el aumento de IMC. De manera que el riesgo relativo de diabetes ajustado por la edad se incrementó 40 veces en mujeres con un IMC entre 31 y $32,9\text{ kg/m}^2$ y hasta 93,2 veces en mujeres con un IMC superior o igual a 35 kg/m^2 . (27)

Una relación curvilínea similar se observó en los más de 51.000 hombres profesionales de la salud, participantes en el Health Professionals Follow-up Study. En hombres el riesgo más bajo se asoció con un IMC menor a 24 kg/m^2 y

el riesgo relativo de diabetes con IMC superior o igual 35kg/m^2 fue 42 veces superior. (27)

Otro factor, independientemente del grado de obesidad, es la distribución central de la grasa corporal que también es un factor de riesgo para el desarrollo de DM2. Un perímetro de cintura mayor de 102 cm se acompaña de un incremento de 3 veces y media en la incidencia de diabetes a los 5 años, tras corregir la influencia del IMC. Más recientemente, en un estudio realizado en japoneses americanos seguidos durante 6 a 10 años, la cantidad de grasa intraabdominal predijo la incidencia de DM2, independientemente de la adiposidad corporal total. (27)

El incremento de obesidad infantil se ha visto acompañado por un aumento en la prevalencia de intolerancia a la glucosa y DM2 en la infancia. Recientemente un estudio realizado en Estados Unidos incluyendo 439 niños y adolescentes obesos de diferentes etnias, halló que un 3,2% de los participantes con sobrepeso, un 14,4% de los moderadamente obesos y un 19,9% de los severamente obesos eran intolerantes a la glucosa y de éstos 8 sujetos (9,8%) desarrollaron DM2 a los 2 años de seguimiento. (27)

Las alteraciones lipídicas asociadas a obesidad más características son: elevación de los triglicéridos y disminución de HDL-colesterol (27). Los datos del estudio NHANES-III sobre dislipidemia también reflejan la mayor prevalencia de hipercolesterolemia a medida que se incrementa el IMC, especialmente en mujeres. Los niveles de colesterol son más elevados en individuos con obesidad de predominio central, considerando como tal un índice cintura/cadera $> 0,8$ en mujer o > 1 en varón. (27)

Afectación hepática y de la vesícula biliar

Los pacientes obesos presentan infiltración grasa del parénquima hepático de forma lineal a la ganancia de peso.

Además, existe una fuerte asociación entre obesidad y colelitiasis. (27)

En pacientes obesos se incrementa la síntesis de colesterol y su excreción por vía biliar. La secreción de ácidos biliares no está aumentada en proporción y el resultado es la saturación de la bilis. El riesgo de colelitiasis es tan alto como 20 por mil mujeres-año en mujeres con IMC mayor de 40 comparado con 3 por mil mujeres-año en aquellas con IMC $<24 \text{ kg/m}^2$.

Asociación con neoplasias

En 1964 un comité de expertos de la OMS había concluido que los cánceres más comunes se originaban como resultado del estilo de vida y de otros factores ambientales, y eran potencialmente prevenibles (WHO, Prevention of Cancer. Ginebra, 1964). (30)

En 1981, Richard Doll y Richard Peto publicaron un estudio fundamental que comparó las tasas de mortalidad por cáncer en los EEUU con las de otros países, basándose en observaciones epidemiológicas que mostraban que los inmigrantes tienden a adquirir las tasas de cáncer de su nuevo país de residencia (la segunda generación de inmigrantes japoneses comenzaba a sufrir cáncer de colon con una incidencia significativamente mayor que los que permanecían en su tierra natal).

Estas observaciones les permitieron concluir que las distintas tasas de cáncer pueden atribuirse en gran parte a factores ambientales. (30)

En la actualidad existe consenso en que el 80% de los cánceres en el ser humano están relacionados causalmente con hábitos de vida o con factores ambientales. Estos factores impactan como causa central del cáncer cuando alcanzan ciertas dosis y la exposición se prolonga durante períodos prolongados que pueden tratarse de décadas o años. (30)

Dada la magnitud de la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad, se han realizado en las últimas décadas diversos estudios observando la relación entre el IMC elevado y diferentes tipos de cánceres llegando a evidencias de un riesgo aumentado en los pacientes con obesidad, aunque no definitivamente establecida directamente. (30)

Se ha encontrado evidencia sólida de la asociación entre el exceso de peso y el riesgo de cáncer en adenomas y cáncer colorrectal, cáncer de mama (posmenopausia), cáncer de endometrio, cáncer renal y adenocarcinoma de esófago (no de células escamosas). (30)

Por otra parte existe evidencia, pero a partir de estudios relativamente poco numerosos o concluyentes sobre el exceso de adiposidad y el riesgo de cáncer de ovario, de próstata, de páncreas, vesícula biliar y de cuello uterino. (30)

Según los datos presentados por la International Agency of Research on Cancer (IARC) en 2002, los riesgos relativos de padecer diversos tipos de cáncer aumentan a medida que aumenta el IMC. (30)

Obesidad y mortalidad relacionadas con el cáncer		
Tipo de cáncer	RR para IMC 25-30 Kg/m ²	RR para IMC ≥ 30 Kg/m ²
Colorrectal en varones	1,5	2,0
Colorrectal en mujeres	1,2	1,5
Mama posmenopausia	1,3	1,5
Endometrio	2,0	3,5
Riñón	1,5	2,5
Esófago	2,0	3,0
Páncreas	1,3	1,7
Hígado	ND	1,5 – 4,0
Vesícula biliar	1,5	2,0
Cáncer gástrico	1,5	2,0
International Agency Research on Cancer. <i>Handbooks of Cancer Prevention Weight Control and Physical Activity</i> . Lyon; 2002		

Aspectos Psicológicos de la Obesidad

Para entender en forma integral la patología que se trata en el presente trabajo, es de importancia ahondar en sus aspectos psicológicos.

Las perturbaciones emocionales en ocasiones precipitan la sobrealimentación y acompañan a la obesidad. En individuos obesos se han observado casi todos los tipos de trastornos psicológicos, incluidos la ansiedad, la culpa, la frustración, la depresión y los sentimientos de rechazo y vulnerabilidad. Sin embargo, no se ha

atribuido a la obesidad ninguna personalidad o trastorno psiquiátrico característico. (16)

Para entender este punto, no debe olvidarse que tanto en los individuos obesos como en los no obesos, el alimento adquiere una dimensión que va más allá de la meramente nutritiva, que llega a menguar ciertas situaciones de tensión emocional. (16)

Es interesante remarcar que en la actualidad el obeso es prejuizado y discriminado por la sociedad. Un rol protagónico en el desarrollo de estas connotaciones negativas lo ocupan los medios de comunicación que, hasta el hartazgo, remarcan la importancia de la estética y de la delgadez como único modelo de belleza y popularidad. Esta discriminación puede observarse en el ámbito estudiantil, laboral y en casi todos los aspectos de la vida. Es posible que el prejuicio y la discriminación exacerben los conflictos ya existentes de la persona obesa y compliquen aún más el tratamiento de la obesidad. Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica”, que estigmatiza al obeso, y trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a los trabajos y a la pareja. (34)

Alteraciones psicológicas en la obesidad:

Se debe prestar atención en la dificultad que tiene el obeso para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo distinguir hambre de saciedad, ni hambre de otras emociones que le embargan cotidianamente. La consecuencia de esto, es el comer como respuesta a las emociones más diversas. (34).

Las alteraciones más frecuentes suelen ser:

* Imagen corporal distorsionada: La imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real. Está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de sí o de identidad. La alteración en este componente en los obesos es la subestimación, donde el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores a las reales. (34)

* Descontrol alimentario: Se trata de un trastorno alimentario que se caracteriza por descontroles alimentarios recurrentes, en ausencia de mecanismos compensatorios inapropiados, por lo menos dos veces por semana durante seis meses. Durante estos episodios, la persona ingiere grandes cantidades de comida en un breve período de tiempo, con una sensación de pérdida de control sobre lo que come y cuanto come, seguido por un sentimiento de culpa y por una sensación de enojo – desesperación – decepción, por no poderse controlar. Finalmente repercute sobre la idea o la preocupación de la figura corporal, afectando directamente a la disminuida autoestima. (34)

* Ansiedad: La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. No solo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso, por miedos inconscientes. Cuando se alcanzan niveles elevados de ansiedad, se ponen en marcha mecanismos para disminuirla, como por ejemplo, comer. Si este “recurso anti-ansiedad” se transforma en algo habitual, con el tiempo se engordará, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma y preocupación, por lo que

nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador. (34)

* Manifestaciones depresivas: Algunas personas presentan un estado de ánimo decaído, sin muchas fuerzas para realizar las tareas habituales, que no llega a ser una auténtica depresión, las cuales sienten como aumenta su deseo de consumir chocolate, alimentos estimulantes, carne y productos ricos en proteínas e hidratos de carbono. Estos alimentos tienen en su composición química elementos que aumentarían los niveles de serotonina, neurotransmisor que se encuentra disminuido en esta patología. (34)

* Trastornos de la sexualidad: De varias maneras los trastornos de la sexualidad de una persona pueden relacionarse con su obesidad.

Suele estar presente la insatisfacción sexual en individuos obesos. El deseo sexual frustrado puede provocar una gran sensación de insatisfacción. Si esta se mantiene durante el tiempo, se tiende a buscar otra satisfacción que (de cierta forma) la compense. Son muchas las personas que utilizan la comida como satisfactor de necesidades que nada tienen que ver con lo nutricional. No es infrecuente observar un miedo a las relaciones sexuales en personas con obesidad. El miedo a entrar en una relación afectivo-sexual puede provocar que, a nivel inconsciente, algunas personas se permitan engordar o no sean eficaces en sus intentos por adelgazar, para, de esta manera, ser menos atractivas y dificultar la relación sexual que tanto temen (incluso aunque la deseen). (34)

* Otros problemas psicológicos: Cuando se presenta un desequilibrio entre las satisfacciones e insatisfacciones que siente la persona respecto de su vida,

algunas exageran el placer de comer como forma de compensar las insatisfacciones permanentes presentes en algún área de su vida (trabajo, vida sexual, vida afectiva familiar, amistades, pareja, diversiones, entretenimientos, etc.). En este caso, se exagera el placer de comer, con tal de suplir las carencias que generan insatisfacción en otras áreas. (34)

Para muchas personas, la comida es una vía de escape para no pensar en los problemas que tienen. Para dejarlos en espera, para escapar (momentáneamente) de las grandes decisiones que deben tomar y/o para no tener que afrontar (y potencialmente rectificar) las malas elecciones que ya han hecho. (34)

Tratamiento

Al tratarse de una patología multidimensional, el tratamiento se basará en múltiples pilares o estrategias. Todos ellos de vital importancia para la obtención del éxito. Dichos pilares abarcarán la alimentación, la actividad física, la psicoterapia, y en determinadas situaciones, tratamiento farmacológico y/o quirúrgico.

Un aspecto muy importante a tener en cuenta al momento de realizar el tratamiento, es el entorno social del paciente. Las personas que conviven con el obeso tienen un papel notable en el origen e instalación de la enfermedad. La misma importancia ocupan en la obtención del éxito en el tratamiento nutricional y psicológico.

Terapéutica Nutricional

La misma comienza con la Valoración Nutricional. Si bien a veces resulta dificultoso realizar la valoración antropométrica del paciente obeso, este paso constituye el eslabón inicial del tratamiento, para que éste sea bien encarado y poder alcanzar resultados satisfactorios.

Los factores que se deberán tener en cuenta son: edad, momento biológico, peso actual y talla, distribución de grasa y enfermedades asociadas. Así mismo, el profesional de la nutrición deberá indagar sobre: la evolución del peso en los distintos momentos de su vida, tratamientos anteriores, ingesta alimentaria habitual, intolerancias digestivas, conductas alimentarias, priorización de las funciones de los alimentos, y gasto calórico (en relación con el ritmo de vida del paciente). (15)

Los objetivos del tratamiento nutricional se fijarán para lograr el descenso de peso corporal. Deberán ser de corto plazo, concretos y razonables. Se apuntará a reducir los depósitos adiposos, mejorar la percepción corporal, mejorar el desempeño social y evitar las complicaciones de la obesidad.

Una vez alcanzados, el objetivo mutará y será el de lograr el mantenimiento del peso alcanzado. En pacientes incapaces de lograr una reducción significativa de peso, se perseguirá como objetivo, evitar un aumento posterior del mismo. Se debe buscar un proceso de cambio, necesitando para ello motivación y aprendizaje. (15)

En cuanto a la alimentación, se debe pensar en tres aspectos fundamentales:

* Adecuación calórica. Al reducir el aporte energético se permite un balance calórico negativo y, por consiguiente, un consumo de los depósitos adiposos. (15)

* Mejorar la calidad de la alimentación. Se debe pensar en la distribución de los principios nutritivos, el aporte de fibra, sodio y colesterol, como una forma de prevenir complicaciones pero, también, de brindar valor de saciedad y otorgar una baja densidad calórica en cada selección de alimentos que se realice. (15)

* Reeducación alimentaria: Si el profesional no pone énfasis en él y no logra realizar el cambio de hábitos alimentarios, la modificación de conductas y la incorporación de una nueva forma de comer, está comprobado que una vez que el obeso llega al peso meta, recupera inmediatamente el peso perdido, volviendo al punto inicial del tratamiento. Se debe lograr que el paciente tenga una participación activa en el tratamiento. (15)

Una clave de la terapéutica nutricional consiste en lograr un buen valor de saciedad (factor subjetivo que, mientras persiste, evita el deseo de comer) con los alimentos aportados. Esto se debe tener en cuenta en la selección de los caracteres físicos y químicos del plan. (32)

* Consistencia: Es conveniente seleccionar alimentos de consistencia firme, dura, que exijan mayor masticación y aumenten las secreciones digestivas. (32)

* Volumen: Las comidas de mayor volumen provocan mayor secreción de jugo gástrico, mayor distensión gástrica y retardo de la evacuación, lo cual brinda una sensación de saciedad más prolongada. Además de actuar psicológicamente, dando la sensación de “comer mucho”. (32)

* Temperatura: Las comidas calientes producen congestión en la mucosa gástrica con aumento de la secreción y retardo de la evacuación. Por ello éstas son las recomendadas. (32)

* Residuos vegetales: Deberán ser normales o aumentados, para lograr una menor densidad energética. (32)

* Fraccionamiento: Es importante un buen fraccionamiento para evitar que el individuo sienta apetito durante el día. Se deben contemplar las colaciones. (32)

* Composición química: El predominio de hidratos de carbono, proteínas o grasas influye en la evacuación gástrica; los primeros se evacúan más rápidamente que los segundos, y son las grasas las que producen mayor saciedad al retardar prolongadamente la evacuación. (32)

* Sabor y aroma: Debe ser agradable, sin llegar a ser muy estimulante del apetito. (32)

* Purinas: Son sustancias altamente estimulantes en la secreción gástrica, son positivas en el aumento de la saciedad. Por ejemplo, se utilizan exitosamente caldos calientes y ricos en purinas horas antes de las comidas principales, para reducir el apetito. (32)

Se deben evitar las dietas hipocalóricas extremas ya que no son efectivas a largo plazo. Resulta imposible sostenerlas y producen rebote en el peso corporal. En la actualidad se acepta que la dieta debe contener entre 900 y 1200 calorías. (33)

Se ha demostrado que lo esencial es el número de calorías y la distribución balanceada de macronutrientes, con 50% de carbohidratos, 15 a 20% proteínas y el resto de grasas. Uno de los errores más frecuentes es suprimir algunas de las

comidas principales, ya que el organismo pronto aprende a conservar la reserva energética por medio de una tendencia a almacenar grasa. Por lo anterior se recomienda distribuir el aporte calórico diario en tres comidas principales y dos colaciones. (33)

Adherencia al Tratamiento

La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores. Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento. (35)

Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en la adherencia a la medicación, la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001, llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. (35)

En particular, se reconoció durante la reunión que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro. Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos. (35)

El proyecto sobre adherencia terapéutica ha adoptado la siguiente definición de la adherencia al tratamiento prolongado, una versión que fusiona las definiciones de Haynes y Rand: *El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.* (35)

Una de las definiciones más aceptadas es la que define a la adherencia terapéutica como *una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.* (36)

Antecedentes

La eficacia en los tratamientos para abordar el sobrepeso y la obesidad ha sido estudiada desde hace tiempo tanto desde el punto de vista de la adherencia como la no adherencia al tratamiento.

Según una revisión sistemática donde se incluyeron 17 publicaciones que cumplieran con los criterios, entre los que se incluían un período mayor o igual a 3 años de seguimiento y como criterio de éxito el mantenimiento de 9 a 11 kg del descenso de peso inicial, y que se basaron en el estudio de 2131pacientes; arrojó como resultado general una tasa de éxito del 15%. (37)

También existe una percepción generalizada de que casi nadie logra tener éxito en el mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso. Sin embargo, la investigación ha demostrado que cifras cercanas al 20% de las personas con sobrepeso tienen éxito en sostener a largo plazo la pérdida de peso de al menos 10% del peso corporal inicial y mantener dicha pérdida por al menos 1 año. (38, 39)

Otro estudio de revisión sistemática arrojó resultados similares señalando que el éxito del mantenimiento del peso perdido en el término de 5 años había llegado al 29% con un promedio de descenso de 7,1 kg para una dieta Muy Baja en Calorías con una reducción del peso inicial del 6,6%; y un 17% con un promedio de descenso de peso de 2 kg y una reducción del peso inicial del 2,1%. (40)

Un trabajo que estudió las tasas de retención de un programa comercial para el descenso de peso en los EEUU sobre una muestra de 60.164 hombres y mujeres de entre 18 y 79 años determinó que el 73% se mantiene en el programa luego de 4 semanas, el 42% luego de 13 semanas, el 22% luego de 26 semanas y el 6,6% luego de las 52 semanas. Dicho estudio también determinó que a mayor permanencia en el programa, mayor porcentaje de descenso del peso inicial obtenían los participantes. (41)

En el ámbito de Latinoamérica, existen algunos estudios que refieren un nivel de adherencia un tanto superior a los ya mencionados. Por ejemplo un estudio desarrollado el año 2002 en el Centro de Atención Nutricional de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquía (UDEA) de Medellín, Colombia y que estudiara la asociación entre la adherencia al tratamiento y variables antropométricas, arrojó resultados de falta de adherencia del 68%, es decir estimaciones de adherencia al tratamiento del 32%. (42)

En Argentina, un trabajo realizado el año 2011 donde se buscó estimar en mujeres adultas con sobrepeso u obesidad la correlación entre el descenso de peso y la percepción de la adherencia al tratamiento. Luego de la segunda visita, se le preguntó en base a una escala tipo Likert acerca de su auto percepción de adherencia al tratamiento, un 47,3% se ubicó en la franja de buena adherencia. (43)

Obstáculos a la adherencia al tratamiento

Cuando se trata de determinar los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento, surgen numerosos aspectos a considerar.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, de los cuales los relacionados con el paciente es sólo uno. (45) Dichos factores pueden resumirse en:

a) Factores socioeconómicos:

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el

analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivo, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

b) Factores relacionados con la enfermedad

Relacionado con la naturaleza de la enfermedad se destaca el papel del tipo de enfermedad: aguda o crónica, así como la presencia de síntomas de dolor o incomodidad, en la variación de las tasas de cumplimiento. Se ha encontrado que las enfermedades agudas con este tipo de síntomas producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que las enfermedades crónicas y las asintomáticas presentan las menores y que la gravedad no incide en mayor o menor cumplimiento, si no que depende de la percepción de gravedad que tenga el paciente.

c) Factores relacionados con el tratamiento

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia, vinculados con el régimen terapéutico. Los más notables son los relacionados con la complejidad del régimen, la duración del tratamiento, la adaptación al estilo de vida del paciente, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento o la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo del equipo de salud para tratarlos.

d) Factores relacionados con el paciente

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de la adherencia. Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la motivación del paciente por la salud, las características de sus procesos cognitivos, especialmente la memoria y de las redes de apoyo social con que cuenta para incrementar la ejecución de las prescripciones. El apoyo social puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, al animar al enfermo a mantener el régimen terapéutico y ejecutar las acciones necesarias para volver a la vida normal.

e) Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria

Una buena relación profesional – paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, profesionales de la salud recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarlas. (45, 46)

Evidencia

Algunos estudios mencionan como aspecto predictor de la deserción en los tratamientos para el descenso de peso y su mantenimiento a largo plazo, un escaso descenso inicial de peso, un mayor IMC basal y la disminución en el tiempo de la frecuencia e intensidad de la actividad física. (42,44)

Otros estudios han encontrado otros predictores de abandono en los tratamientos para el descenso de peso.

Un estudio desarrollado en Italia entre 1999 y 2002 con el objetivo de identificar las características que actúan como predictores de abandono en el tratamiento de la obesidad se vio que el 77,3% de los 383 pacientes participantes abandonó el tratamiento antes del primer año de seguimiento, y el 69,2% (205 pacientes) lo habían hecho antes de los tres meses. Entre los factores que influyeron significativamente en el abandono del tratamiento hallados se encuentran la cantidad de horas de trabajo y cierto niveles de depresión. (47, 48)

Otro estudio observacional, que incluía 940 personas entre 25 y 65 años de edad realizado entre el año 2000 y 2004 en 18 centros médicos de Italia donde el objetivo fue estudiar las causas de abandono al tratamiento para la obesidad que los pacientes reportaron, luego del período de observación el 81,5% abandonaron el tratamiento y el 62% lo hizo en el transcurso del primer año. Como principal causa de abandono con un 55% se encontraron las dificultades prácticas (problemas familiares <30%>, problemas en el trabajo <28%>, todos estos factores relacionados con dificultades en el manejo del tiempo). Otras causas

encontradas se relacionan con resultados insatisfactorios asociados con las expectativas de los pacientes en un 14%, escasa motivación en un 12%, sensación de haber sido abandonados por el profesional luego del programa inicial intensivo y/o mala relación con los profesionales tratantes. (47, 49)

En el ámbito local, un estudio cualitativo que incluyó 37 pacientes adultos de los cuales 19 habían abandonado el programa y 18 lo continuaban, y cuyo objetivo fue explorar la percepción que tenían los pacientes tratados por obesidad en un dispositivo grupal sobre los factores que obstaculizaban y/o facilitaban el tratamiento, se identificaron varias categorías conceptuales y conductuales cuya presencia se asoció con el éxito del programa y su ausencia, a su fracaso. Estas fueron la asunción de la obesidad como una condición crónica y que requiere tratamiento de por vida y que los resultados esperados aparecerán a largo plazo; la búsqueda de objetivos globales de bienestar en salud y no solo el descenso de peso; el compromiso afectivo con el grupo y el programa de actividad física; el cumplimiento de las seis comidas diarias y el registro alimentario de las ingestas y el desarrollo de habilidades para lograr cambios de hábitos. (50)

Como se ve, son numerosas y de muy variado origen los factores que influyen tanto positiva como negativamente en la adherencia al tratamiento para el descenso de peso y su sostén a lo largo del tiempo. (51)

Justificación

En el presente trabajo se propone investigar la percepción del obeso sobre los obstáculos que se presentan al momento de realizar un tratamiento nutricional para el descenso del peso corporal y su repercusión en la adherencia al mismo.

Conocer dichos obstáculos, cuantitativa y cualitativamente, permitiría ampliar la información disponible actualmente, que podría ser utilizada para realizar propuestas destinadas a superarlos, y consecuentemente mejorar la adherencia al tratamiento.

Es primordial lograr adherencia ya que los tratamientos infructuosos para el sobrepeso u obesidad, generan un sentimiento de fracaso y frustración, psicológicamente dañinos para el paciente. Así mismo, las complicaciones que conlleva la patología en cuestión generan un sufrimiento físico y emocional que disminuyen la calidad de vida del obeso. (34)

Así mismo, las consecuencias de la falta de adherencia a los tratamientos nutricionales para el descenso del peso corporal también inciden en diversos componentes del sistema de salud y en los cuadros de morbilidad y mortalidad de la población. Los beneficios económicos de una adherencia terapéutica adecuada se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de los servicios de salud, además del ahorro que representa la disminución por progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. (25, 35, 52)

Se han encontrado en el medio local algunos trabajos donde se intenta describir cualitativamente los obstáculos que interfieren en la adherencia al tratamiento nutricional, arrojando resultados diversos tanto desde el punto de vista de

adherencia al tratamiento como de los factores que influirían negativamente en la misma. (43,50)

Por consiguiente, con los resultados del presente trabajo, se pretende obtener información potencialmente útil tanto para la práctica cotidiana del profesional de la salud vinculado a la nutrición como para la salud pública.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación existente entre los obstáculos más frecuentes percibidos por las personas que asisten a un grupo de autoayuda para pacientes que buscan un descenso de peso corporal en su tratamiento dietético y la adherencia al mismo.

Objetivos Específicos

1. Describir los Obstáculos percibidos para la realización del tratamiento nutricional e identificar los más frecuentes, diferenciarlos según sexo.
2. Analizar la relación existente entre el IMC y la cantidad de los Obstáculos percibidos, diferenciarlos según sexo.
3. Determinar Adherencia al tratamiento nutricional, relacionarla con la cantidad de obstáculos percibidos.
4. Determinar los 3 obstáculos percibidos como más influyentes y su relación con la Adherencia al Tratamiento.
5. Analizar la relación existente entre la Antigüedad en el grupo de autoayuda y la Adherencia al Tratamiento.

Hipótesis

La adherencia al tratamiento nutricional para el descenso y/o control del peso corporal se relaciona tanto con la cantidad como con el tipo de obstáculos que se presentan al momento de realizarlo.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio y diseño general

Se realizó un estudio observacional, explicativo, de corte transversal.

Población

La Población estuvo conformada por las personas que asisten a los encuentros de grupos de autoayuda para el descenso de peso en la zona noroeste del Gran Buenos Aires y zona Norte de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante los meses de agosto y septiembre de 2013.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 100 personas que asistieron a los encuentros de grupos de autoayuda para el descenso de peso durante los meses de agosto y septiembre de 2013.

Se realizó un muestro no probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión: personas mayores de 18 años que concurren a los encuentros de grupos de autoayuda para el descenso de peso y que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión: personas que tengan algún problema psiquiátrico que les impida comprender el cuestionario.

Definición operacional de las variables

Obstáculos:

Se utiliza la variable “Obstáculos”, entendida como la percepción que las personas tienen de las causas más influyentes en relación a la falta de adherencia a las prescripciones realizadas por el profesional o a las sugerencias realizadas en los grupos en los que el entrevistado participa para el descenso de peso y su mantenimiento.

Se tienen en cuenta dentro de esta variable, diez dimensiones, las que pueden subdividirse en 3 caracteres a observar:

Los biológicos, se tomarán características que tiene que ver con la fisiología y aquellos que influye en la misma.

Los psicológicos se definen como aquellos aspectos que influyan consciente o inconscientemente en las conductas vinculadas a la realización efectiva del tratamiento nutricional de las personas.

Los aspectos socio ambientales, son aquellos factores que no dependen directamente de la persona, pero que influyen en la adherencia al tratamiento nutricional.

Los factores que obstaculizan la adherencia al tratamiento que se abordaron en el presente trabajo, fueron las siguientes:

1) Factores Biológicos:

- a) Historia familiar de obesidad.
- b) Antigüedad de la enfermedad.

2) Dimensión Psicológica:

- a) Baja autoestima.
- b) Falta de motivación.
- c) Cantidad de fracasos previos.

3) Dimensión Social o Ambiental:

- a) Largas jornadas laborales.
- b) Falta de apoyo del entorno.
- c) Falta de recursos económicos.
- d) Falta de conocimiento de la enfermedad.
- e) Falta de acompañamiento del profesional.

Adherencia al Tratamiento:

Entendida como el cumplimiento por parte del paciente de las pautas establecidas el profesional de la nutrición para la realización del tratamiento nutricional.

Para determinar la Adherencia, se aplicó un cuestionario consistente en una escala cualitativa de seis preguntas diseñada previamente. (42)

Dichas preguntas fueron:

¿Cómo califica usted la pérdida de peso durante el tratamiento nutricional?

¿A la fecha usted ha logrado mantener la pérdida de peso?

¿Se sintió satisfecho con su tratamiento nutricional?

¿Su motivación para llevar a cabo un tratamiento nutricional fue?

¿Cuál es la frecuencia del consumo de agua?

¿Cuál es la frecuencia del consumo de frutas y verduras?

Para cada pregunta, los participantes asignaron una calificación entre 1 y 5 siendo 5 el valor óptimo. Se clasificaron como adherentes aquellos sujetos que obtuvieron un puntaje total mayor o igual a 24 puntos, con una valoración mínima de 4 puntos en cada ítem, con un puntaje máximo de 30.

Para establecer la cantidad de factores que perciben como Obstáculos para adherir al tratamiento para el descenso de peso, se les solicitó que seleccionaran entre diez opciones. Luego, de esa selección debían numerar las tres más importantes.

Edad:

Se entiende como el tiempo que ha vivido una persona desde el día de su nacimiento, hasta el momento en que realizó la encuesta, medido en años.

Sexo:

Entendida como la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino.

Estado Nutricional:

Se entiende por Estado Nutricional, al resultado de clasificar el IMC según los criterios establecidos por la OMS y que resultan de la relación entre la Talla y el Peso de la persona. Para normopeso se considera un IMC entre 18,5 y 24,9 Kg/m², sobrepeso se considera un IMC entre 25 y 29,9 Kg/m²; y para obesidad se consideró un IMC mayor o igual a 30 kg/m².

Antigüedad en Grupo:

Se considera la Antigüedad en el Grupo como al tiempo transcurrido desde la primera ocasión en que concurriera al grupo de autoayuda y la ocasión de la entrevista, expresado en meses.

Tratamiento estadístico propuesto

Los datos fueron analizados estadísticamente mediante planillas de cálculo MS Excel versión 2007. Se determinaron distribución de frecuencias absolutas para la caracterización de la muestra en función del sexo, el diagnóstico nutricional, la cantidad de obstáculos, la adherencia al tratamiento, y antigüedad en el grupo

según sexo. Medianas de cantidad de obstáculos en función de IMC y sexo, y promedio para caracterizar la muestra y la cantidad de obstáculos según la adherencia para su representación en gráficos y tablas. Para establecer diferencias de obstáculos según sexo y obstáculo y adherencia según sexo se utilizó el Test de Dos Proporciones, se trabajó con nivel de confianza de 95%, p valores inferiores a 0,05 fueron considerados significativos. Se utilizó el programa estadístico Statistix 10.

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos.

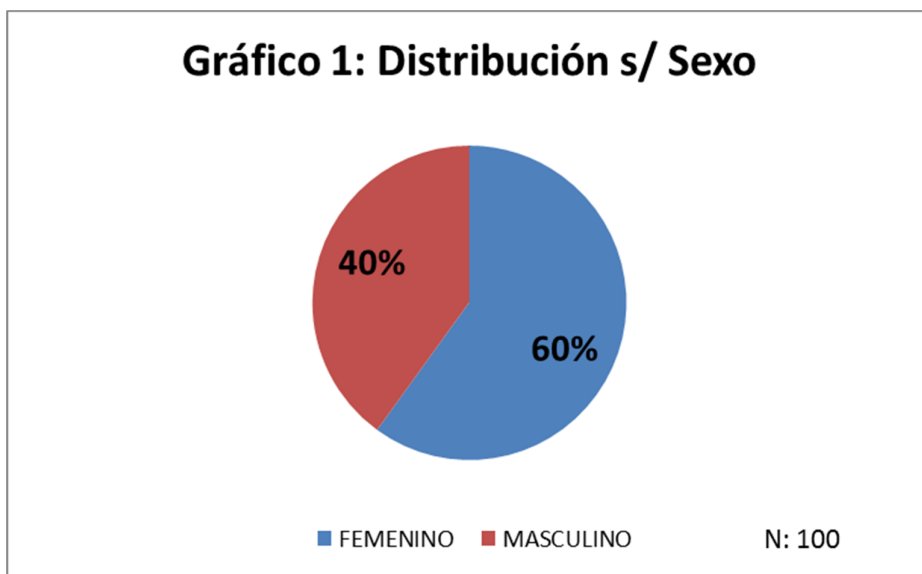
Para la recolección de datos se utilizó una encuesta (Anexos) semiestructurada, cerrada, de carácter anónimo y que tuvo como objetivo medir la adherencia al tratamiento y la cantidad y calidad de los obstáculos que percibían los entrevistados para adherir al tratamiento nutricional para el descenso de peso. La misma fue autogestionada, en presencia del entrevistador.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

Se aplicó el protocolo para investigación de la Declaración de Helsinki en su artículo 8. La encuesta se aplicó en el lugar donde los sujetos realizan regularmente sus reuniones. Antes de la participación en la misma, se les invitó a leer y prestar su conformidad firmando el consentimiento informado adjunto al formulario del instrumento de recolección de datos (Anexos).

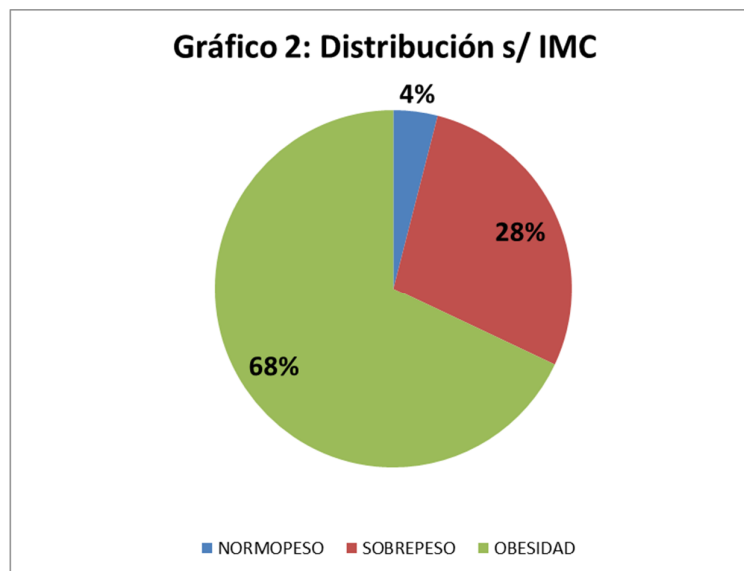
Resultados

Se realizaron 100 encuestas a personas que concurrieron a grupos de autoayuda para el descenso de peso. Como se observa en el Gráfico 1 (Cuadro 1 en Anexos), el 60% fueron mujeres y el 40% varones.

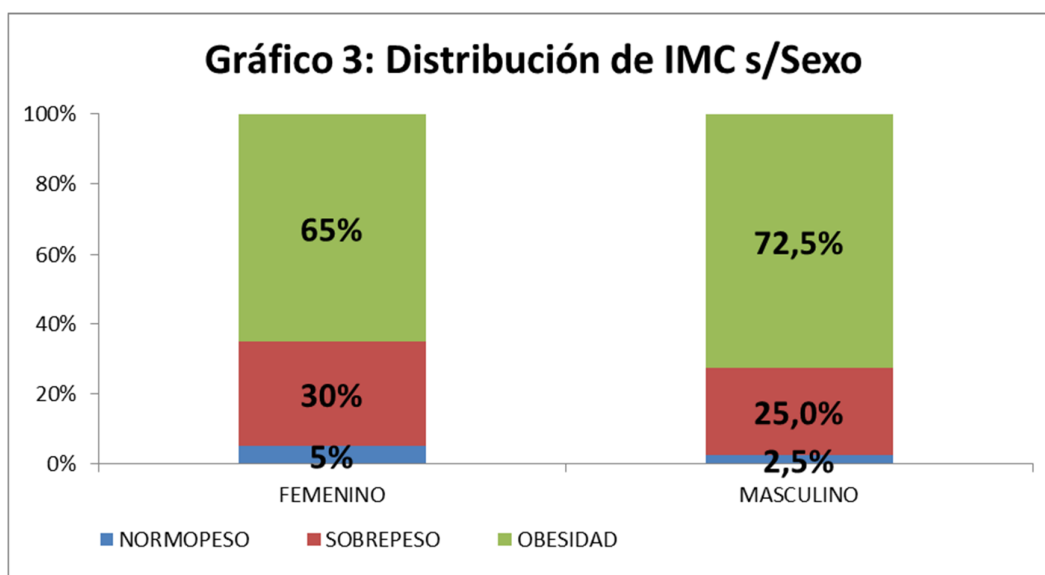


La edad promedio para el total de la muestra fue de 45 años. El rango etario va de los 18 a los 80 años. El promedio de edad de las mujeres fue de 40,8 años y el de los varones de 51,3 años.

El **diagnóstico nutricional**, según IMC resultó ser de Normopeso para el 4% de la muestra total, Sobrepeso para el 28% y Obesidad para el 68% restante, como se muestra en el Gráfico 2 (Tabla 2 en Anexos).



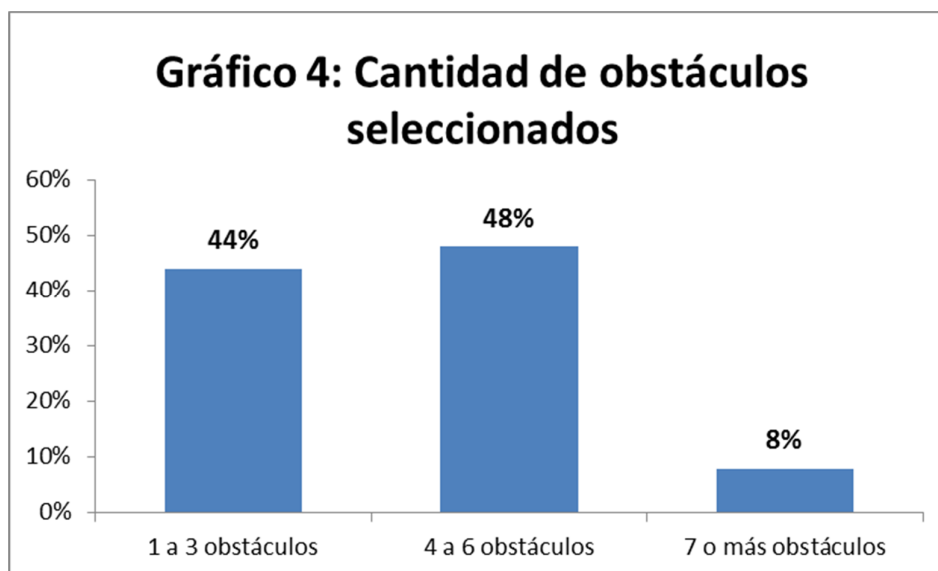
Al analizar el IMC según sexo, el 5% de las mujeres presentó Normopeso, el 30% Sobrepeso y el 65% Obesidad. Valores similares presentaron los varones; el 2,5% presentó normopeso, el 25% sobrepeso y el 72,5% restante obesidad. Dichos resultados se muestran en el Gráfico 3 (Tabla3 en Anexos).



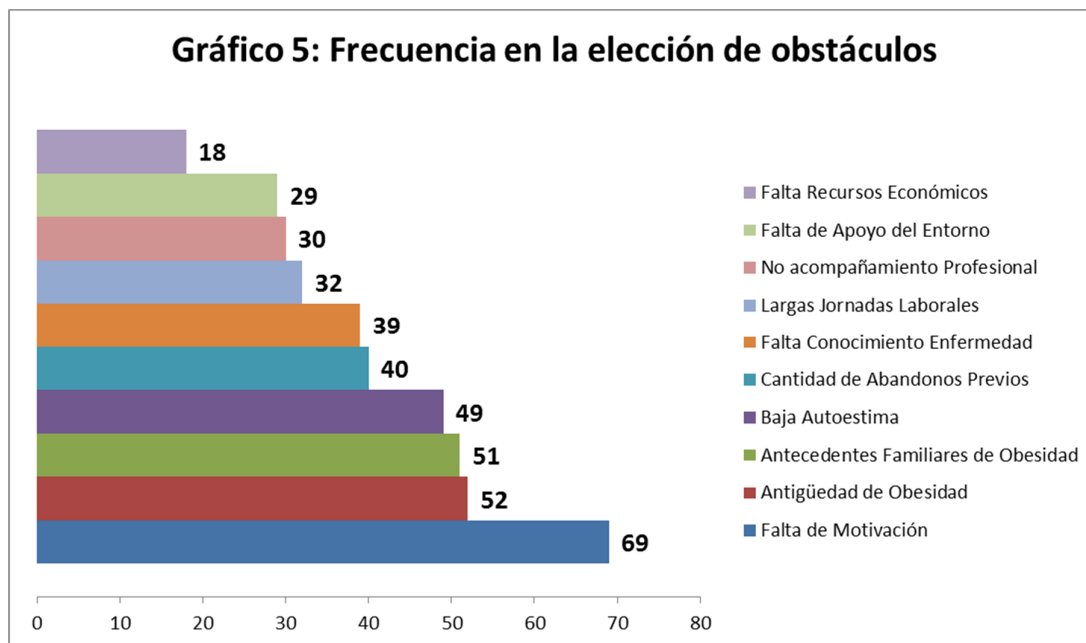
Si se observa la Cantidad de obstáculos que fueron seleccionados por el total de la muestra como relevantes en el abandono del tratamiento, de un total de 10, el

promedio resulta de 4,1. En relación al sexo, las mujeres presentaron un promedio de 3,9, levemente inferior al de los varones, el cual fue de 4,4.

En relación a la cantidad de obstáculos percibidos al realizar el tratamiento, y tal como se muestra en el Gráfico 4, del total de la muestra, el 44% seleccionó menos de 4 obstáculos, el 48% entre 4 y 7 y el restante 8% más de 7. (Tabla 4 en Anexos).

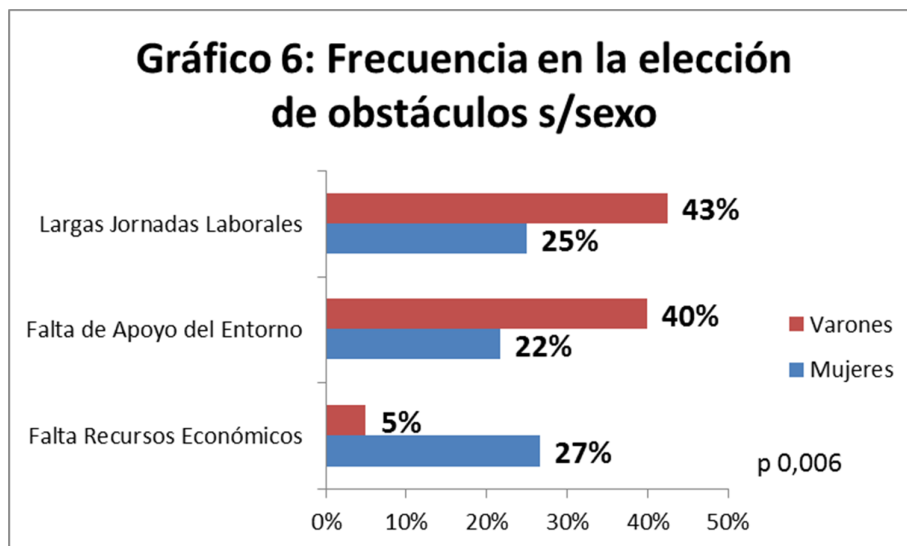


Los Obstáculos para la adherencia al tratamiento seleccionados con mayor frecuencia fueron la “Falta de Motivación” en un 69%, “Antigüedad de la obesidad” en un 52%, “Antecedentes familiares de obesidad” en un 51% y “Baja autoestima” en un 49%, como puede observarse en el Gráfico 5. (Tabla 5 en Anexos).

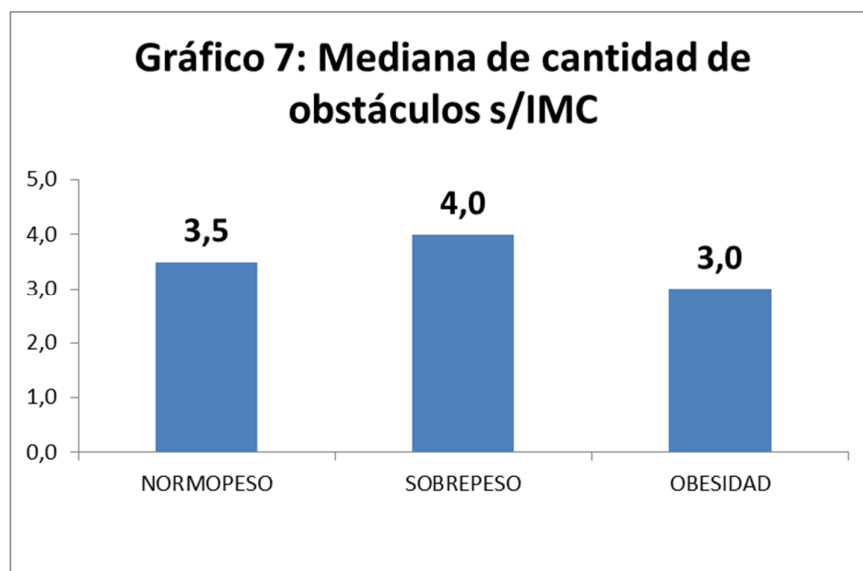


Al analizar la Cantidad de Obstáculos desagregada por sexo, los resultados difieren en tres de sus dimensiones, que podrán observarse en el Gráfico 6. Las mujeres seleccionaron “Falta de Recursos Económicos” en un 27%, mientras que los varones lo hicieron en un 5%. Los varones eligieron “Falta de apoyo del Entorno” en un 40% mientras que las mujeres lo hicieron en un 22%. La dimensión “Largas jornadas laborales” fue seleccionada por el 43% de los varones y el 25% de las mujeres. (Tabla 6 en Anexos).

Al realizar el test de proporciones, se obtuvieron p valores de 0,08, 0,07 y 0,006 respectivamente. Sólo en el último caso, es decir “Largas jornadas laborales” las diferencias resultaron estadísticamente significativas.

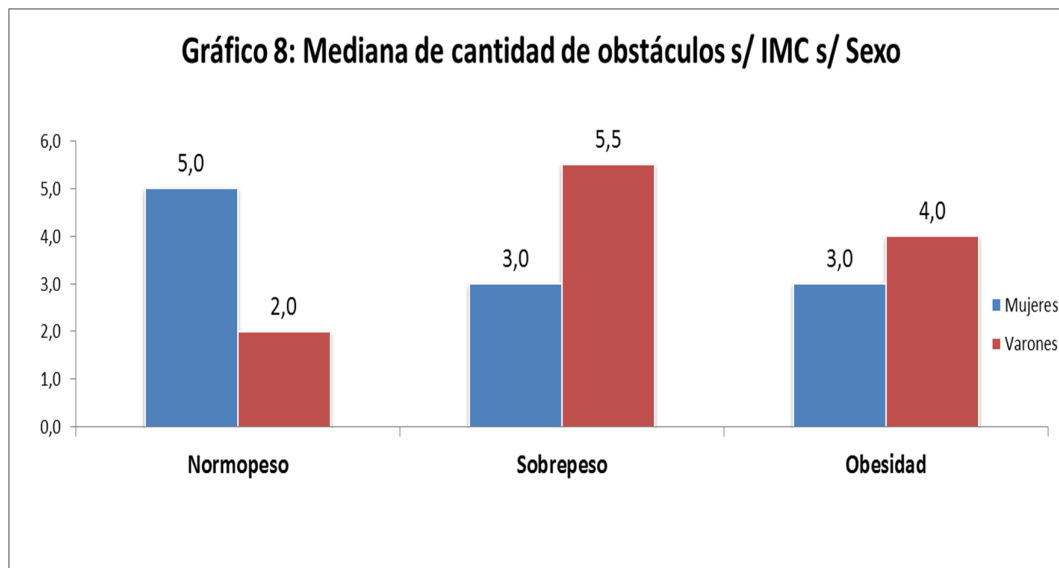


Cuando se observa la cantidad de Obstáculos en relación al IMC, las personas con Normopeso tuvieron una mediana de 3,5 obstáculos, aquellas con sobrepeso 4 y las con obesidad, 3. Dichos resultados se muestran en el Gráfico 7. (Tabla 7 en Anexos).



Al discriminar por cantidad de obstáculos por sexo, las mujeres en normopeso presentaron medianas de 5 obstáculos y aquellas en sobrepeso 3, al igual que en obesidad. Los varones en normopeso tuvieron medianas de 2 obstáculos, en

sobrepeso 5,5 y de 4 en obesidad, como se muestra en el Gráfico 8. (Tabla 8 en Anexos).



La Adherencia al Tratamiento Nutricional resultó del 10%, siendo mayor en los varones con 15%, que en las mujeres, con un 7%. Se realizó el Test de proporciones para evaluar la “no adherencia”, y se obtuvo un p valor 0,19. No se obtuvo diferencia estadísticamente significativa. Puede observarse en los Gráficos 9 y 10. (Tablas 9 y 10 en Anexos)

Gráfico 9: Distribución de adherencia

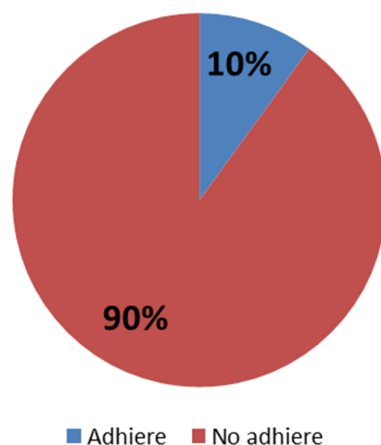
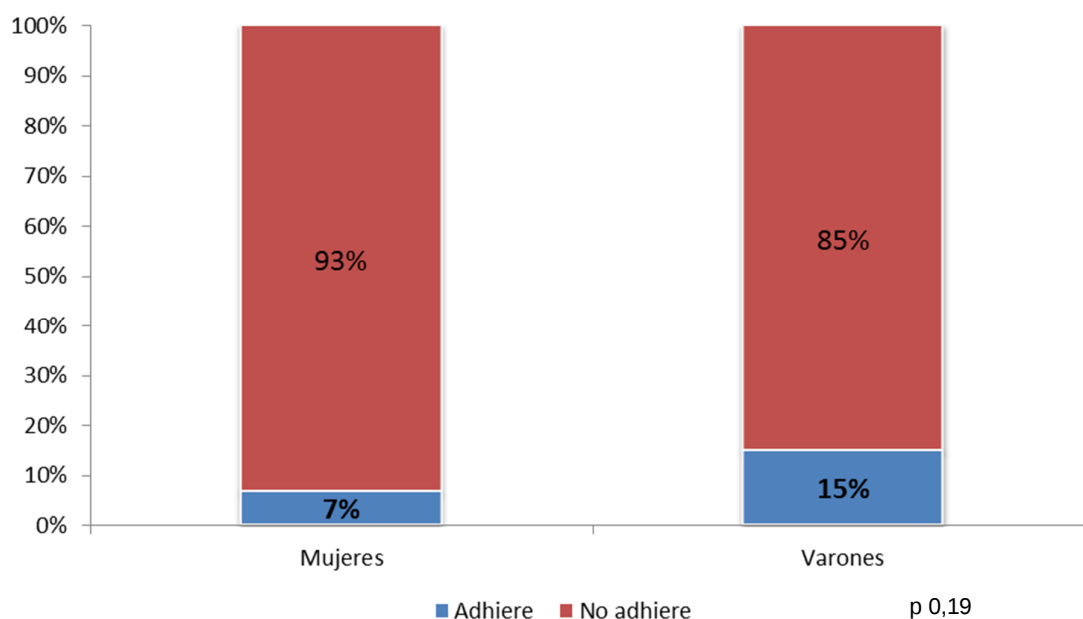
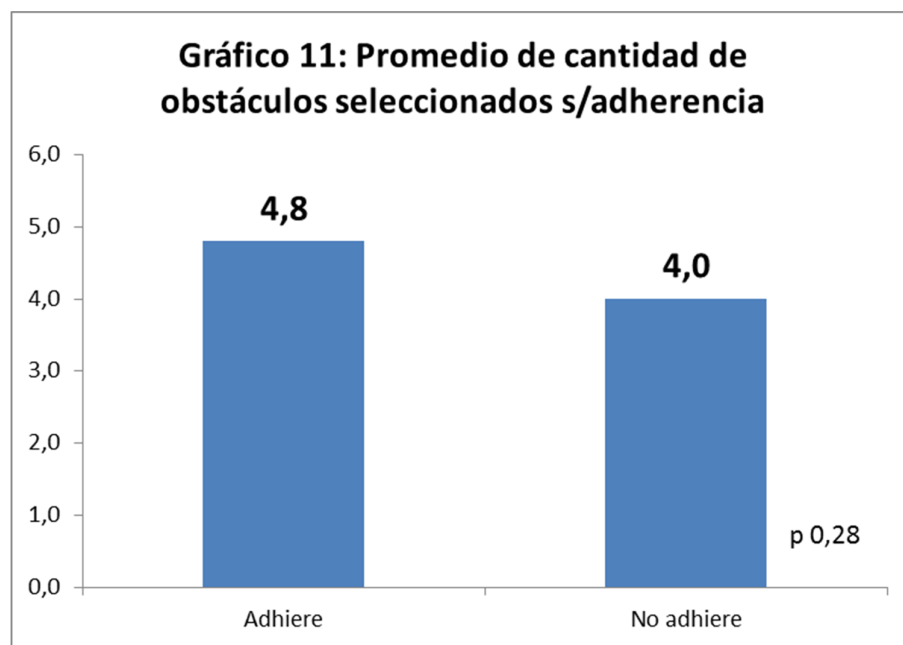


Gráfico 10: Distribución de Adherencia s/sexo



Como se observa en el gráfico 11, no hubo diferencias entre cantidad de obstáculos y adherencia al tratamiento. Las personas que adhirieron tuvieron un promedio de 4,8 Obstáculos, y aquellas que no, de 4. Se realizó el Test de 2

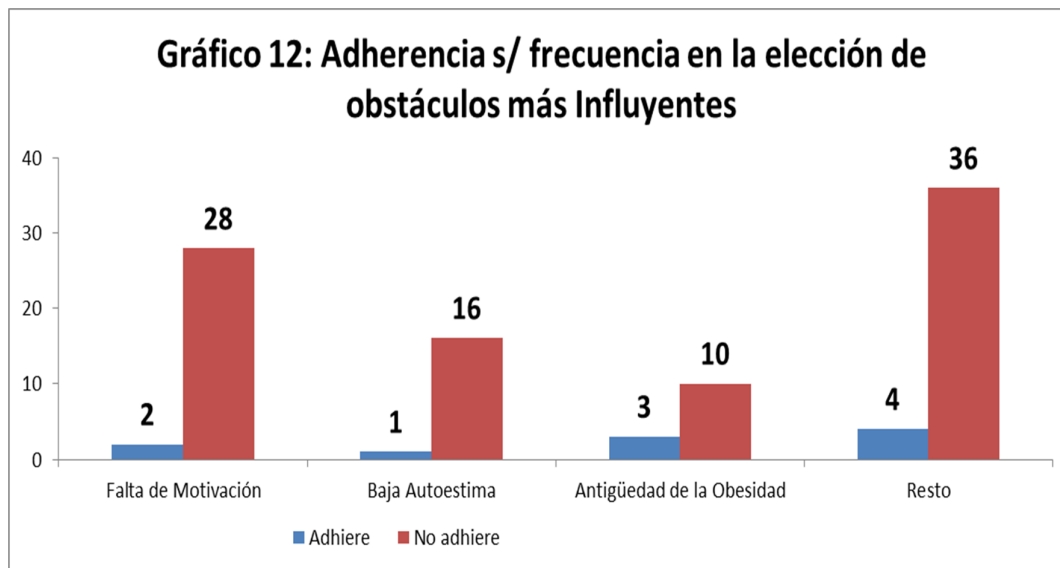
medias, obteniéndose un p valor de 0,28, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa. (Tabla 11 en Anexos).



Los tres Obstáculos considerados como más influyentes por la totalidad de la muestra resultaron ser, en orden de importancia, la “Falta de Motivación”, seleccionado por 30 personas como el primero en importancia, 14 personas como el segundo y 10 como el tercero, “Baja autoestima”, seleccionado 17 veces en primer lugar, 13 en segundo y 8 en 3ro y “Antigüedad de la obesidad”, que fue seleccionado 13, 12 y 12 veces respectivamente.

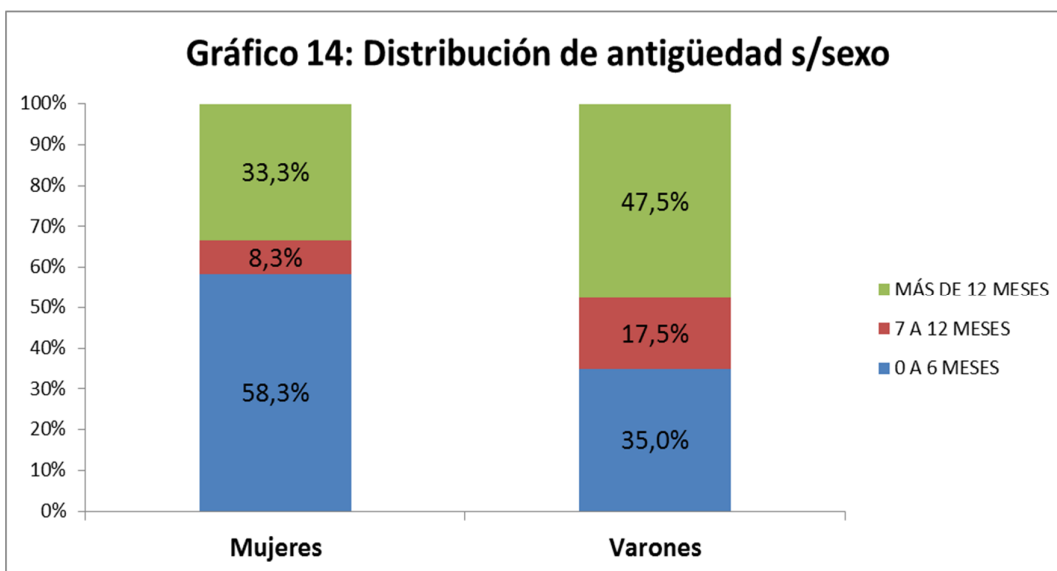
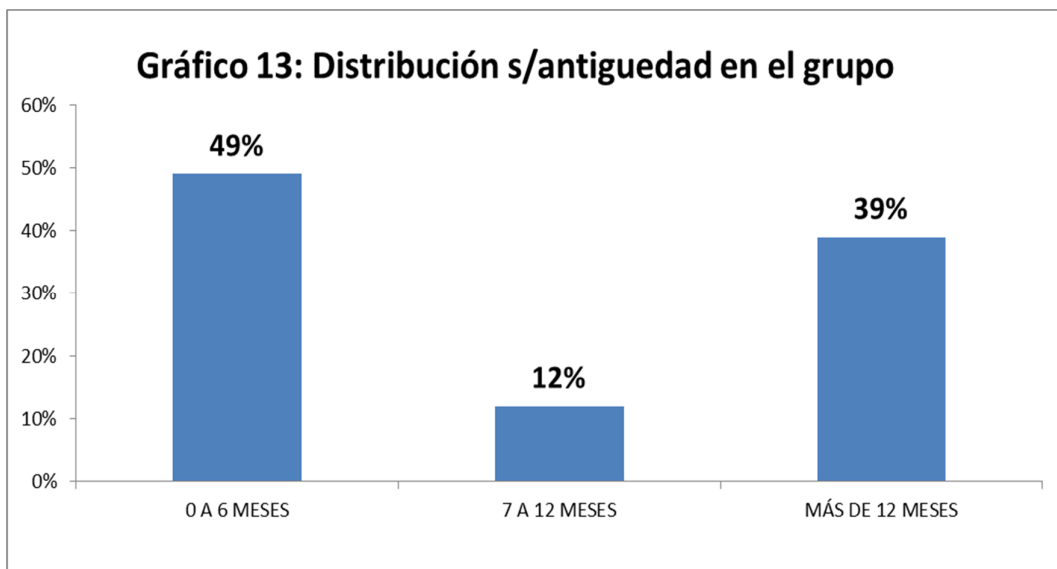
Cuando se evalúa la Adherencia al Tratamiento en relación con los 3 Obstáculos seleccionados como los de mayor influencia para el abandono del tratamiento, la “Falta de Motivación”, fue seleccionada por 2 individuos adherentes y 28 no adherentes, “Baja Autoestima”, 1 y 16 respectivamente, y “Antigüedad de la Obesidad” 3 y 10 respectivamente. Del resto de los obstáculos que fueron indicados como “más influyentes” se calculó la sumatoria total y 4 de los

integrantes de la muestra resultaron adherentes mientras que 36 no lo fueron, resultados que pueden apreciarse en el Gráfico 12. (Tabla 12 en Anexos).

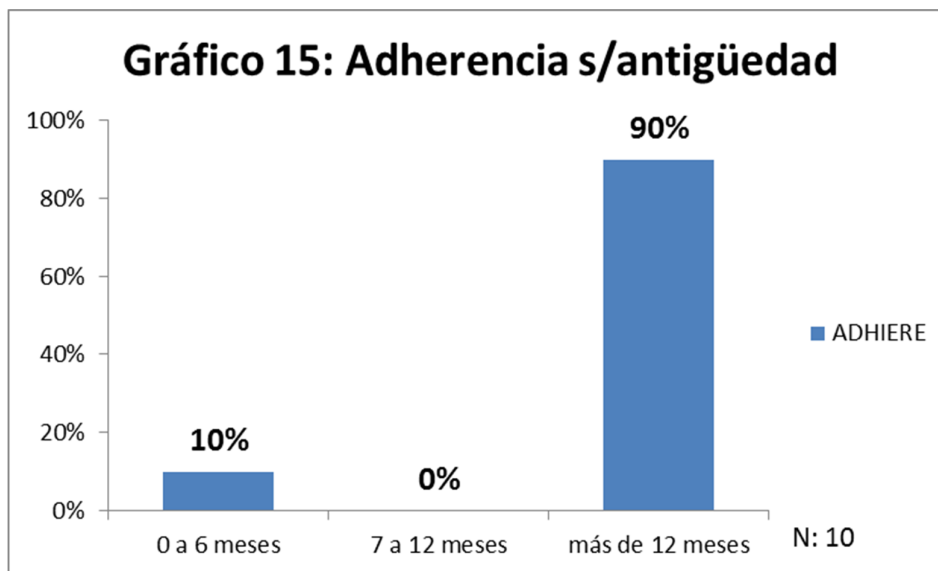


En promedio, la Antigüedad en el grupo de autoayuda fue, para el total de la muestra, de 42,1 meses. Resulta importante aclarar que la mediana, para este mismo grupo, fue de 6 meses. Siguiendo el mismo análisis, el promedio para las mujeres fue de 36,8 meses y la mediana de 3 meses. Y para los varones, el promedio fue de 50, 1 meses y la mediana de 10 meses.

El Gráfico 13 muestra la distribución de antigüedad en el grupo de autoayuda para la totalidad de la muestra. El 49% presentó una antigüedad hasta 6 meses, el 12% entre 6 y 12 meses y 39% más de 12 meses. (Tabla 13 en Anexos). Al realizar el mismo análisis disgregando la muestra según sexo, se observa que la distribución para las mujeres fue del 58,3% con menos de 6 meses de antigüedad en el grupo, 8,3% 7 a 12 meses y 33,3% con más de 12 meses. Los varones presentaron los siguientes valores, 35%, 17,5% y 47,5% respectivamente. (Tablas 13 y 14 en Anexos).



Analizando la Adherencia al Tratamiento en función de la Antigüedad en el grupo de autoayuda, se observó que, para aquellos con una antigüedad de hasta 6 meses la adherencia fue positiva para el 1%, aquellos entre 7 y 12 meses no presentaron adherencia y de aquellos que superaban los 12 meses el 9% presentó adherencia (Gráfico 15, Tabla 15 en Anexos).



Discusión

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la relación entre la cantidad de obstáculos percibidos por las personas que concurren a grupos para el descenso de peso y su adherencia al tratamiento nutricional.

En este estudio se encontró una adherencia al tratamiento del 10%. Este valor es inferior a los determinados en otros trabajos como el realizado en Buenos Aires el año 2011 en donde se determinó la percepción de la adherencia al tratamiento por parte de mujeres con planes alimentarios para el descenso de peso en función del éxito del mismo. Este estudio arrojó un 47,3% de adherencia autorreportado. (43)

Al comparar este estudio con otro que utilizó la misma herramienta de medición de la adherencia al tratamiento para el descenso de peso (42), se encontró una

diferencia llamativamente inferior. La tasa de adherencia del mencionado estudio fue del 32% y la obtenida en el presente trabajo del 10%.

Esto puede deberse a la aplicación de la herramienta utilizada para su medición en el ámbito local. Del cuestionario para medir adherencia, se ubicó un conflicto en la pregunta N° 5 donde se solicita al encuestado que califique con un puntaje del 5 al 1 su nivel de consumo de “agua”, sin aclarar si se indaga específicamente por agua o si se incluyen otras bebidas sin edulcorantes nutritivos (como caldos, gelatina dietética, infusiones, etc.). Por tratarse de un cuestionario auto administrado, el entrevistado puede interpretar que se indaga pura y exclusivamente por el agua y, de este modo, subestimar su consumo otros líquidos colocando un puntaje menor a 4 en la encuesta y quedando clasificado como no adherente. En la muestra tomada en este estudio, 12 sujetos resultaron no adherentes sólo por calificar con 3 puntos o menos su consumo de agua.

De este modo, la cantidad de sujetos adherentes ascendería al 22% de la muestra, proporción más cercana a otros estudios que analizaran adherencia en este tipo de población. En futuros estudios debiera tenerse en cuenta en la herramienta para determinar adherencia la dimensión referida al agua, donde podría preguntarse por líquidos no endulzados nutritivamente.

Se encontró que el 90% de los adherentes tenían una antigüedad superior a 12 meses en los grupos de ayuda mutua. Este hecho se contrapone a la bibliografía encontrada que indica que la adherencia al tratamiento tiende a disminuir con el tiempo. (37,40, 41) Cabe cuestionar si en realidad este resultado posee algún sesgo, producto del bajo número de adherentes (n=10) y del trabajo que se realiza en dichos grupos, donde las personas incorporan conocimientos que

podrían llevarlos a perder objetividad al momento de responder la encuesta. Para el futuro será conveniente incluir como criterios de inclusión una antigüedad inferior a los 12 meses para evitar este posible sesgo.

Por otro lado, de acuerdo con este estudio y en contraposición con la bibliografía (49), se observó una baja tendencia de elección del obstáculo “Falta de acompañamiento del profesional”. El mismo fue seleccionado sólo por el 30% de la muestra, quedando en 7° lugar de una lista de 10 obstáculos, recordando que la adherencia al tratamiento resultó baja, también podría cuestionarse si esto se relaciona con la falta de acompañamiento del profesional de la nutrición.

En otro orden, a continuación se enuncian otros aspectos a destacar:

Cuando se analizaron los obstáculos que se presentaban a la hora de adherir al tratamiento nutricional para el descenso de peso, indistintamente si adherían o no, en la oportunidad de responder a la encuesta, el seleccionado con mayor frecuencia fue “Falta de motivación” (69%), seguido por “Antigüedad de la obesidad” (52%) y “Antecedentes familiares de obesidad” (51%).

Este patrón se repitió cuando se analizaron los tres obstáculos de mayor influencia en la falta de adherencia.

Otro aspecto a considerar fue cuando se analizó la frecuencia de Obstáculos seleccionados discriminado por sexo, se encontraron diferencias marcadas en tres dimensiones de la variable:

Mientras que poco más del 40% de los varones seleccionó el factor “Largas jornadas laborales”, sólo una cuarta parte de la muestra femenina lo hizo.

Otra dimensión de la variable donde se observaron diferencias marcadas según el sexo fue en la “Falta de apoyo del entorno”, siendo seleccionada mayormente por los varones en un 40%, en contraposición al 20% de la muestra femenina.

La diferencia más marcada se visualizó en la “Falta de recursos económicos” donde para las mujeres pareció ser de mayor importancia en su falta de adherencia al tratamiento con un 27% de las selecciones contra sólo un 5% por parte de los varones.

De estos resultados se desprende que todo profesional de la salud que aborde la problemática que hoy día presenta el sobrepeso y la obesidad en la población, debiera tener en cuenta estos factores que obstaculizan o entorpecen la adherencia al tratamiento para el descenso de peso. Se debiera considerar tanto los factores que resultaron comunes, como aquellos diferenciados para cada sexo, a la hora de planificar el tratamiento.

Conclusiones

A raíz de los resultados obtenidos en el presente trabajo y de los objetivos planteados, puede decirse que la falta de adherencia al tratamiento nutricional para el descenso del peso corporal es marcadamente deficiente. Dado que este resultado pudo deberse a una inadecuada aplicación de la herramienta para su medición, se sugiere que en investigaciones futuras que utilicen dicho instrumento se realice una adaptación a la dimensión vinculada con el agua y se reemplace por líquidos, previa validación.

No se logró establecer relación alguna entre la cantidad de obstáculos seleccionados con la adherencia o no al tratamiento por lo cual no se corrobora la hipótesis planteada.

Según los resultados del presente trabajo, parece haber obstáculos que entorpecen o boicotean la adherencia a tratamientos para el descenso de peso a factores vinculados con aspectos psicológicos como la escasa motivación o la baja autoestima para sostener la decisión de los cambios a lo largo del tiempo.

Por consiguiente, resulta evidente que el abordaje de la problemática debe realizarse de modo interdisciplinario, dedicando una parte importante del mismo a la educación alimentaria y nutricional, como así también al pilar psicológico. Del mismo modo, se deberían contemplar en forma diferenciada aquellos obstáculos priorizados por los varones y por las mujeres, teniéndolos en cuenta a la hora de planificar las estrategias a implementar.

Siguen siendo necesarias más investigaciones sobre esta temática. Podrían ser útiles trabajos donde se amplíe el tamaño de la muestra tomada, en los cuales el grupo de adherentes resulte mayor y con herramientas adaptadas a la población local.

Referencias bibliográficas

- 1.- Sabate E. WHO Adherence Meeting Report. Geneva, World Health Organization, 2001.
- 2.- Dictionary of health services management, 2° ed. Owing Mills, MD, National Health Publishing, 1982.
- 3.- Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. OMS. Serie de Informes Técnicos 916. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Capítulo 2 Antecedentes. OMS 2003
- 4.- Plan de acción de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. OMS 2008. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part4-sp.pdf.
Última visita: 05/12/2013
- 5.- Régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (documentos A55/16 y Corr.1). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf. Última visita: 05/12/2013
- 6.- Programming of chronic disease by impaired fetal nutrition: evidence and implications for policy and intervention strategies. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (WHO/NHD/02.3 y WHO/NPH/02.1). Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/programming_chronicdisease.pdf. Última visita: 05/12/2013
- 7.- Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. OMS. Serie de Informes Técnicos 916. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO

Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Capítulo 4 Contexto de la dieta, la nutrición y las enfermedades crónicas. OMS 2003. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf. Última visita: 05/12/2013

8.- Morales González J A et al. Obesidad, un enfoque multidisciplinario. 1ª ed. Ciencia al día, 2010.

9.- Braguinsky J et al. (De Girolami). Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento. Buenos Aires: 2ª ed. El Ateneo; 1997.

10.- Braguinsky J. Concepto, definición y diagnóstico. En Braguinsky J y ACINDES Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de obesidad. Buenos Aires: Ed. Med. AWE; 2009. pp. 3-26.

11.- De Girolami DH. Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. Buenos Aires: Ed. El Ateneo; 2003.

12.- Torresani M. E., Somoza M. I. Lineamientos para el cuidado nutricional. Buenos Aires: 2º Ed. Eudeba, 2007. p. 31; 33; 35; 221.

13.- Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. OMS. Serie de Informes Técnicos 916. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Capítulo 5 Ingesta de nutrientes por la población: metas para la prevención de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta. OMS 2003. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf. Última visita: 05/12/2013

14.- Braguinsky J, Aranda MM. Conceptos generales de la clínica de la obesidad. En Braguinsky J y ACINDES Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de obesidad. Buenos Aires: Ed. Med. AWE; 2009. pp. 255-273.

15.- Torresani ME, Somoza MI. Lineamientos para el cuidado nutricional. Eudeba. 2004. Cap. 5. Sobrepeso, obesidad y manejo de las conductas alimentarias pp 221-284

16.- Kauffer Horwitz M, Tavano Colaizzi L, Ávila Rosas H. Obesidad en el adulto. Disponible en:

<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.pdf>.

Última visita: 05/12/2013

17.- Kelly T, Yang W, Chen S-C, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projection to 2030. International Journal of Obesity, 2008, 32: 1431-1437. Disponible en: <http://www.nature.com/ijo/journal/v32/n9/pdf/ijo2008102a.pdf>.

Última visita: 05/12/2013

18.- Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. Lancet. 2011; 377: 557-67. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)62037-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62037-5/fulltext).

Última visita: 05/12/2013

19.- Popkin BM; Global nutrition dynamics; the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases; Am J Clin Nutr 2006;84:289-98.

Disponible en: <http://ajcn.nutrition.org/content/84/2/289.full.pdf>. Última visita:

05/12/2013

20.- Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las Enfermedades Crónicas. Washington, DC: OPS, 2007.

21.- Estrategia mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, Plan de Ejecución para América Latina y el Caribe 2006-2007. OPS, 2006. (Documento inédito).

22.- Encuesta Nacional de Salud ENS, Chile 2009-2010. Tomo I. Resumen ejecutivo y equipo de trabajo. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/InformeENS_2009-2010_CAP1.pdf. Última visita: 05/12/2013

23.- Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martinez M, Hernandez-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Publica (MX), 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>. Última visita: 05/12/2013

24.- National Center for Health Statistics. Health, United States, 2012: With Special Feature on Emergency Care. Hyattsville, MD. 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus12.pdf>. Última visita: 05/12/2013

25.- Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles 2009, Ministerio de la Nación Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/fr_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011.pdf. Última visita: 05/12/2013

26.- Kovalskys I, Bay L, Herscovici C, Berner E. Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. Arch Argent Pediatr 2003; 101(6):441-7. Disponible en:

http://www3.sap.org.ar/congresos/staticfiles/archivos/2005/arch05_4/Kovalskys.pdf
f. Última visita: 05/12/2013

27.- Cabrerizo L, Rubio MA, Ballesteros MD, Moreno Lopera C. Complicaciones asociadas a la obesidad. Rev Esp Nutr Comunitaria 2008;14(3):156-162. Disponible en: http://www.fesnad.org/publicaciones/pdf/RENC_SEEN.pdf. Última visita: 05/12/2013

28.- López Alvarenga JC, González García LT. Enfermedades asociadas a la obesidad. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 9, No. 2 Abril-Junio 2001 pp 77-85. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012g.pdf>. Última visita: 05/12/2013

29.- Ohlson LO, Larsson B, Svardsudd K, Welin L, Eriksson H, Wilhelmsen L, et al. The influence of body fat distribution on the incidence of diabetes mellitus. 13.5 years of follow-up of the participants in the study of men born in 1913. Diabetes 1985; 34:1055-8

30.- Braguinsky J, Aranda MM. Cáncer y obesidad. En Braguinsky J y ACINDES Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de obesidad. Buenos Aires: Ed. Med. AWWE; 2009. pp. 431-443

31.- Arrizabalga JJ, Calañas-Continente A et al. Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. Endocrinol Nutr 2003;50 (Supl 4):1-38. Disponible en:

<http://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/4-TRASTORNOS->

[ALIMENTACION/Guia%20obesidad%20SEEN.pdf](#). Última visita: 05/12/2013

32.- Longo EN, Navarro ET. Técnica dietoterápica. Ed. El Ateneo, 1998 Cap. 9 El plan de alimentación con calorías controladas para el exceso de peso y la obesidad pp 207-224

33.- Zárate A, Basurto Acevedo L, Saucedo García RP. La obesidad: Conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamiento. 2001 Rev Fac Med UNAM. pp 66-71.

Disponible en:

http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4823/libro_de_obesidad.pdf.

Última visita: 05/12/2013

34.- Silvestri E, Stavile A. Aspectos psicológicos de la obesidad. Universidad

Favaloro. 1ra edición. 2005. Disponible en:

<http://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/ob05-02.pdf>. Última visita:

05/12/2013

35.- Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.

Washington DC, OPS, 2004. Disponible en:

http://www.paho.org/hq./index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=187

22&Itemid=. Última visita: 05/12/2013

36.- Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, Conceptos y factores implicados. Rev Psic Salud (Alicante) .1995; 7(1):35-61

37.- Ayyad C, Andersen T. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. Obes

- Rev. 2000 Oct;1(2):113-9. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12119984>. Última visita: 05/12/2013
- 38.- Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr* 2005;82(supl):222S–5S. Disponible en:
<http://ajcn.nutrition.org/content/82/1/222S.full.pdf+html>. Última visita: 05/12/2013
- 39.- McGuire M, Wing R, Hill J. The prevalence of weight loss maintenance among American adults. *Int J Obes* 1999;23:1314 –9.
- 40.- Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr* 2001;74:579–84. Disponible en: <http://ajcn.nutrition.org/content/74/5/579.full.pdf>. Última visita: 05/12/2013
- 41.- Finley CE, Barlow CE, Greenway FL, Rock CL, Rolls BJ, Blair SN. Retention rates and weight loss in a commercial weight loss program. *International Journal of Obesity* (2007) 31, 292–298. Disponible en:
<http://www.nature.com/ijo/journal/v31/n2/pdf/0803395a.pdf>. Última visita:
05/12/2013
- 42.- González Z. LI, Giraldo G. NA, Estrada R. A, Muñoz R. AL, Mesa S. E, Herrera G.CM. La adherencia al tratamiento nutricional y la composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Rev Chilena de Nutrición*. Marzo 2007. 34-1. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182007000100005&script=sci_arttext. Última visita: 05/12/2013

43.- Torresani M, Maffei L, Squillace C, Belén L, Alorda B. Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *Diaeta* (B.Aires) 2011;29 (137):31-38. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v29n137/v29n137a04.pdf>. Última visita: 05/12/2013

44.- Greenberg I, Stampfer MJ, Schwarzfuchs D, Shai I. Adherence and Success in Long-Term Weight Loss Diets: The Dietary Intervention Randomized Controlled Trial (DIRECT). *Journal of the American College of Nutrition*, Vol. 28, No. 2, 159–168 (2009). Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07315724.2009.10719767#.UqCSSdLuLGE>. Última visita: 05/12/2013

45.- Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington DC, OPS, 2004. Cap. V. Hacia la solución. pp 27-39 Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=. Última visita: 05/12/2013

46.- Wilhelm Mendizabal CH. Factores en pacientes con dificultad de la adherencia al tratamiento nutricional, 2009. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8677.pdf. Última visita: 05/12/2013

47.- Brosens C. Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. *Evid. Actual. Práct. Ambul*; 12(3):116-117, Jul-Sep 2009. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/bgfbre.pdf>. Última visita: 05/12/2013

48.- Inelmen EM, y col. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients, *International Journal of Obesity* (2005) 29, 122–128. Disponible en:

<http://www.nature.com/ijo/journal/v29/n1/pdf/0802846a.pdf>. Última visita:
05/12/2013

49.- Grossi E, y col. Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. *Int J Obes (Lond)*. 2006;30(7):1132-7. Disponible en: <http://www.nature.com/ijo/journal/v30/n7/pdf/0803244a.pdf>. Última visita:
05/12/2013

50.- Brosens C, Terrasa S, Ventriglio I, Discacciati V. Factores que inciden en la adherencia al tratamiento de la obesidad: estudio cualitativo. 2011. Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/personas/conf_contenido/con_articulos_descripcion.php?idpersona=720&id_trabajo=7370&titulo=Factores%20que%20inciden%20en%20la%20adherencia%20al%20tratamiento%20de%20la%20obesidad:%20estudio%20cualitativo. Última visita: 05/12/2013

51.- Ortego Maté MC. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. *Educare* 2004; 8. Disponible en:
<http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando2.htm>. Última visita: 05/12/2013

52.- Trujillo-Martín MM y col. Impacto de la obesidad en la calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Española de Obesidad*. Vol. 8, Núm. 3 - Mayo-Junio 2010 (130-141)

Anexos

Tablas

Tabla 1: Distribución s/ Sexo	
Femenino	60%
Masculino	40%

Tabla 2: Distribución s/IMC	
Normopeso	4%
Sobrepeso	28%
Obesidad	68%

Tabla 3: Distribución IMC s/ Sexo				
	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Normopeso	3	5%	1	2,5%
Sobrepeso	18	30%	10	25%
Obesidad	39	65%	29	72,5%

Tabla 4: Distribución por Cantidad de Obstáculos	
1 a 3 Obstáculos	44 %
4 a 6 Obstáculos	48%
7 o más Obstáculos	8%

Tabla 5: Frecuencia en la elección de Obstáculos	
Falta de Motivación	69
Antigüedad de Obesidad	52
Antecedentes Familiares de Obesidad	51
Baja Autoestima	49
Cantidad de Abandonos Previos	40
Falta Conocimiento Enfermedad	39
Largas Jornadas Laborales	32
No Acompañamiento del Profesional	30
Falta de Apoyo del Entorno	29
Falta de Recursos Económicos	18

Tabla 6: Frecuencia elección de Obstáculos s/ Sexo				
	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Falta Recursos Económicos	16	27%	2	5%
Falta Apoyo del Entorno	13	22%	16	40%
Largas Jornadas Laborales	15	25%	17	43%

Tabla 7: Mediana de Cantidad de Obstáculos s/ IMC	
Normopeso	3,5
Sobrepeso	4
Obesidad	3

Tabla 8: Mediana Cantidad de Obstáculos s/IMC s/ Sexo		
	Femenino	Masculino
Normopeso	5	2
Sobrepeso	3	5,5
Obesidad	3	4

Tabla 9: Distribución de Adherencia	
Adhiere	10%
No Adhiere	90%

Tabla 10: Distribución de Adherencia s/ Sexo				
	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Adhiere	4	7%	6	15%
No Adhiere	56	93%	34	85%

Tabla 11: Promedio Cantidad de Obstáculos seleccionados s/ Adherencia	
Adhiere	4,8
No Adhiere	4

Tabla 12: Adherencia s/ Frecuencia en la elección de Obstáculos más influyentes

	Falta Motivación	Baja Autoestima	Antigüedad Obesidad	Resto
Adhiere	2	1	3	4
No Adhiere	28	16	10	36

Tabla 13: Distribución de Antigüedad en el Grupo

0 a 6 meses	49%
7 a 12 meses	12%
Más de 12 meses	39%

Tabla 14: Distribución de Antigüedad en el Grupo s/ Sexo

	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
0 a 6 meses	35	58,3%	14	35%
7 a 12 meses	5	8,3%	7	17,5%
Más de 12 meses	20	33,3%	19	47,5%

Tabla 15: Adherencia s/ Antigüedad en el Grupo

0 a 6 meses	10%
7 a 12 meses	0%
Más de 12 meses	90%

Formulario encuesta



FUNDACION H.A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Encuesta: "Percepción de los obstáculos al tratamiento nutricional y su relación con la falta de adherencia al mismo, en personas con sobrepeso u obesidad"

Declaración de Consentimiento Informado Voluntario

Usted está invitado a participar en un estudio a realizar por los alumnos María Belén Amicone (DNI: 31.469.854) y Marcelo Alejandro Settis (DNI: 18.442.810) como parte de una tesina de grado de la carrera de Licenciatura en Nutrición.

En mismo ha sido revisado por la Facultad de Medicina del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Héctor A. Barceló y cuenta con su aprobación.

El objetivo general del trabajo es Determinar la relación existente entre los Obstáculos más frecuentes percibidos por las personas con sobrepeso u obesidad en su tratamiento dietético y la adherencia al tratamiento nutricional.

Los resultados del estudio tienen carácter confidencial. Se garantizará el secreto estadístico y la confidencialidad exigidos por ley. Nos comprometemos a informar a los responsables los resultados globales.

Por esta razón, le solicitamos su autorización para la utilización en este estudio, de los datos por Ud. aportados. La decisión de participar en el mismo es voluntaria.

Agradecemos desde ya su colaboración.

Yo, _____, habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de la encuesta desarrollada para tal fin.

Fecha:

Firma:

Lea atentamente cada ítem y complete en el casillero destinado para tal fin		
Sexo	Masculino	
	Femenino	
Su Edad Actual es... (Años)		
Su Peso Actual es... (Kg.)		
Su Talla es... (Mts.)		
Cuánto tiempo hace que Ud. se encuentra realizando tratamiento nutricional para el descenso/control del peso corporal? (Meses)		

Continúa al dorso



FUNDACION H.A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Encuesta: "Percepción de los obstáculos al tratamiento nutricional y su relación con la falta de adherencia al mismo, en personas con sobrepeso u obesidad"

"OBSTÁCULOS"

Lea atentamente

Marque con una cruz (X) en la columna A, todos aquellos factores que considere que contribuyeron a que Ud. abandonara su tratamiento nutricional para el descenso y/o control del peso corporal.

Luego, entre las opciones que haya elegido, realice un ranking de importancia en la columna B con los 3 ítems que Ud. considere de mayor influencia, donde 1 es el más importante.

	A	B
Antecedentes familiares de obesidad		
Antigüedad de la obesidad		
Baja autoestima		
Falta de motivación		
Cantidad de abandonos previos		
Largas jornadas laborales		
Falta de apoyo del entorno social		
Falta de recursos económicos		
Falta de conocimiento de la enfermedad		
Falta de acompañamiento del profesional de la salud		

"ADHERENCIA AL TRATAMIENTO"

Para las siguientes preguntas, asigne un valor entre 1 y 5, siendo 5 el valor óptimo.

Hasta el momento, ¿Cómo califica Ud. la pérdida de peso lograda en su tratamiento nutricional?	
A la fecha, Ud. ¿ha logrado mantener dicha la pérdida de peso?	
¿En qué medida se siente satisfecho con su tratamiento nutricional?	
Su motivación para llevar a cabo un tratamiento nutricional es...	
¿Cómo es la frecuencia del consumo de agua?	
¿Cómo es la frecuencia del consumo de frutas y verduras?	