

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Factores de éxito que se atribuyen a un bajo peso a largo plazo (5 años)
para hispanos que presentaron obesidad o sobrepeso**

Proyecto de investigación

Carlos Antonio Castañeda Jácome

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicólogo Clínico

Quito, 19 de diciembre de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

USFQ

COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Factores de éxito que se atribuyen a un bajo peso a largo plazo (5 años) para hispanos
que presentaron obesidad o sobrepeso**

Carlos Antonio Castañeda Jácome

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico:

Esteban Utreras, Ph.D.

Firma del profesor:

Quito, 19 de diciembre de 2017

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombres y apellidos:

Carlos Antonio Castañeda Jácome

Código:

00112010

Cédula de Identidad:

1715121701

Lugar y fecha:

Quito, 19 de diciembre de 2017

RESUMEN

Antecedentes: La obesidad y el sobrepeso según la OMS son “la acumulación anormal o excesiva de grasa, la cual puede ser perjudicial para la salud”; en el Ecuador ambas condiciones han aumentado su prevalencia de manera importante debido a diversas causas. Lo que se plantea en esta investigación es encontrar los factores de éxito que permitan mantener un peso bajo; una vez analizados los factores se espera poder involucrarlos en algún tipo de tratamiento que ayude a otras personas que tengan problemas para mantener un peso normal. **Metodología:** Se reclutaran 16 personas, a las cuales se les realizara una entrevista semiestructurada; la muestra será obtenida con la ayuda de un volante informativo que será repartido en clínicas, hospitales y consultorios de nutricionistas. **Resultados:** Se espera encontrar factores específicos y detallados que hayan ayudado a mantener un peso bajo a personas que antes tenían obesidad o sobrepeso.

Conclusión: La obtención de los factores de éxito que ayudan a mantener un peso normal permitirá que otras personas que padecen de obesidad o sobrepeso logren mantener un peso normal.

Palabras clave: Obesidad, sobrepeso, factores de éxito, bajo peso

ABSTRACT

Background: Obesity and overweight according to the OMS is the “abnormal accumulation or excess of fat, which could be harmful for health”. In Ecuador both conditions have had an increased prevalence because of many causes. What this investigation tries to find is the success factor which leads to keep a low weight; once analyzed these factors they could help other people who had problems to keep their weight low. **Methodology:** For this research we will recruit 16 persons who used to be obese or overweight, they will be administered a semi structured interview; the sample would be obtained with the help of an informative flyer, which will be distributed in clinics, hospitals and nutritionist offices. **Results:** We hope to find the success factors that lead to maintain a low weight in persons who used to be obese or overweight. **Conclusion:** Once we got the success factors that help obese or overweight to keep a low weight, we hope to use them in any treatment.

Key words: Obesity, overweight, success factors, low weight

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Revisión de la literatura.....	17
Metodología y diseño de la investigación.....	63
Resultados esperados	71
Discusión.....	74
Referencias.....	77
Anexo A: Entrevista semiestructurada	81
Anexo B: Formulario de consentimiento informado	83
Anexo C: Volante para reclutamiento de participantes	86

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso en las personas es “la acumulación anormal o excesiva de grasa, la cual puede ser perjudicial para la salud”.

Un indicador que permite determinar si existe obesidad o sobrepeso es el IMC, en el que se utiliza el peso y la talla para conocer en que rango esta la persona, para así poder catalogarla.

$$\text{IMC} = \text{masa} / \text{estatura}^2$$

En el caso de las personas adultas el sobrepeso se da cuando hay un IMC igual o superior a 25 kg/m² y la obesidad se configura cuando el IMC es igual o superior a 30 kg/m².

En la actualidad, el sobrepeso y la obesidad han aumentado; pues, según datos obtenidos por la OMS, en el año 2016 se encontraron a nivel mundial 1.900 millones de adultos, de 18 años o más, que tenían sobrepeso; de estos, más de 650 millones eran obesos. Dentro de la población adulta mundial el 13 por ciento son obesos.

En cuanto a género, se demuestra que las mujeres tienen una mayor prevalencia a ser obesas (15%) en comparación a los hombres (11%); en tanto que respecto al sobrepeso el 39 por ciento de adultos, de 18 o más años, presentan esta condición.

Similar a lo que se observa en la obesidad, las mujeres son quienes presentan un mayor porcentaje de sobrepeso, que llega al 40 por ciento en comparación a los hombres (OMS, Organización mundial de la salud, 2016).

Asimismo, hay evidencia empírica para señalar que a más de constituirse en un problema de salud pública la obesidad y el sobrepeso han aumentado drásticamente en

las últimas décadas, convirtiéndose en un cuadro muy común dentro de las diversas culturas.

En la obesidad y el sobrepeso influyen diversos factores, y no es uno solo que interactúa de manera independiente. Por ello es necesario analizar, en primer lugar, cuáles de estos factores y elementos inciden dentro de ambas condiciones; después se deberán establecer qué tipos de tratamientos existen para tales trastornos.

Partiendo de los temas planteados anteriormente y con el debido sustento, considero que es factible concretar una investigación sobre: Los factores de éxito que se atribuyen a un bajo peso a largo plazo (5 años) para hispanos; siendo su objetivo conocer cuáles son los principales elementos constitutivos de los diferentes tratamientos y estrategias para lograr mantener un peso normal y controlado y que permitan a las personas con obesidad o sobrepeso encontrar la manera de cómo reducirlas.

Concomitante con lo anterior, estimo que el propósito de esta investigación es también el de que mediante la exploración y el conocimiento posterior de los factores que permitan mantener un peso normal, se pueda establecer y generalizar un mecanismo aceptable y viable dentro de un tipo de tratamiento para ayudar en la salud de las personas que presenten o tiendan a la obesidad o sobrepeso, a fin de allanar y controlar su respectivo problema.

Se esperaría que los resultados a obtenerse sean un aporte importante para mitigar en el Ecuador una realidad caracterizada por el hecho de que la obesidad y el sobrepeso también han aumentado; pues, según datos de la ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición), a nivel nacional un 62.8 por ciento de las personas de entre 20 y 60 años presentan obesidad, lo que equivale o representa a 4.876,076 individuos.

En tanto, de los adultos mayores de más de 60 años el 59.0 por ciento presentan obesidad y sobrepeso, que representa 682.109 personas adultas con ambos trastornos. Dentro de toda la población del Ecuador, según datos de esta misma encuesta, hay unas 5.558,185 personas con obesidad y sobrepeso (Freire, y otros, 2012).

Los referidos datos estadísticos conllevan a reiterar que existe la necesidad de profundizar el conocimiento sobre ambas condiciones, a fin de que en un contexto más amplio se pueda entender por qué la obesidad y el sobrepeso deben considerarse como un factor de riesgo en la salud en general. Si, además, se logra establecer con un aceptable nivel de certeza las causas que producen ambas condiciones y, finalmente, que estrategias y mecanismos se aplican en la actualidad para reducir el peso a un rango normal, se habrá conseguido un logro fundamental para hacer frente a este complejo problema de salud.

Antecedentes

Obesidad y sobrepeso: Una breve reseña

La obesidad y el sobrepeso están correlacionadas con un alto número de muertes, a más de que constituyen un factor de riesgo para determinadas enfermedades como las denominadas cardiovasculares, dentro de las cuales pueden presentarse cardiopatías y accidentes cerebrovasculares; la diabetes; trastornos dentro del aparato locomotor, como la osteoartritis; algunos tipos de cáncer (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon) (OMS, Organización mundial de la salud, 2016).

Ambas condiciones -obesidad y sobrepeso-, son consideradas enfermedades crónicas, en las que hay la intervención de factores genéticos y ambientales. Son un problema de salud pública mundial, más aún cuando están correlacionadas con otras

enfermedades, así como por la mortalidad que producen. También afectan a la calidad de vida de las personas, a la vez que su tratamiento conlleva un alto gasto sanitario. La prevalencia de estas condiciones ha tenido un aumento significativo en algunos países, como resultado de cambios socioculturales vinculados, entre otras cosas, al consumo de comidas poco o nada saludables – comida “chatarra”- y a la falta de actividad física (Gutiérrez Valverde, y otros, 2017).

En el año 2013 la Asociación Médica Americana reconoció oficialmente a la obesidad como una enfermedad, destacando, a la vez, que se le preste mayor atención y un oportuno y adecuado tratamiento. Considera a la obesidad como una pandemia, que debe ser tratada con urgencia y sobre la que se tienen que realizar acciones de mayor prevención.

Se estima que para el año 2030 cerca del 40 por ciento de la población mundial tendrá sobrepeso y que una de cada cinco personas será obesa.

Es muy importante tener en cuenta que esta es una enfermedad que se inicia en la niñez y por esta misma razón la prevención debería darse desde temprana edad.

Adicionalmente, si se lograra un mayor y mejor conocimiento sobre los factores de riesgo, se podrían desarrollar mejores tratamientos y optimizar los niveles de prevención.

Los procesos industrializados utilizados para la producción de comida, los bajos costos y calidad de la comida procesada, los mecanismos del marketing moderno son, entre otros, los factores ambientales que en la actualidad están influyendo mucho en el aumento de la obesidad y el sobrepeso.

Sin embargo, el factor cultural también juega un rol muy importante. Así, en el pasado y aun actualmente el ser gordo era y es visto como un signo de bienestar. La

interacción social juega un rol trascendental dentro de esta enfermedad, ya que de ella se puede generar un comportamiento de “contagio” entre las personas (Meldrum, Morris, & Gambone, 2017).

En contraste, el rol de la genética dentro de la obesidad tiene un menor peso que los factores ambientales; la genética no actúa de una manera independiente para generar obesidad, los genes que influyen para esta enfermedad se ven relacionados a otros factores, como dietas poco saludables y estilos de vida sin ningún tipo de actividad física. Diversos estudios han demostrado que ver más tiempo televisión, mantener una dieta occidental e inactividad física están altamente asociados con un IMC (Índice de masa corporal) más alto.

Dentro de los factores ambientales se puede observar que algunos cambios se han generado y esto puede también influir en la obesidad y sobrepeso,; estas mejoras o cambios dentro del ambiente, como construcciones de edificios o complejos habitacionales que cuentan con elevadores o escaleras eléctricas u otros dispositivos que faciliten la movilidad de las personas han reducido de hecho la actividad física; también hay la influencia de artículos tecnológicos que han permitido el desarrollo y mayor prevalencia de la enfermedad como son videojuegos, televisiones, dispositivos que permiten la interacción social sin la necesidad de movimiento (Meldrum, Morris, & Gambone, 2017).

Todos estos elementos serán tomados en cuenta para el estudio que planteo se debe llevar a cabo y para el que se determina utilizar una muestra de sujetos a investigarse configurada por adultos de 25 a 65 años de la ciudad de Quito, de nivel socioeconómico medio-alto que hayan sido diagnosticados con obesidad (IMC mayor o igual a 30) y sobrepeso (IMC mayor o igual a 25) y que no solo han logrado reducir su

peso sino que , a la vez, durante cinco años y hasta la actualidad mantienen un peso normal.

El problema

Se lo puede enfocar así:

Dentro del contexto que se ha revisado hasta ahora se puede observar que la prevalencia de ambas enfermedades tanto a nivel mundial como a nivel nacional es muy alta.; aun cuando en países más desarrollados hay mayor gestión y trabajo a nivel de prevención y tratamiento.

Las intervenciones preventivas que se realizan para obesidad y sobrepeso no se hallan adecuadamente dirigidas hacia diferentes áreas como escuelas, servicios de salud, la comunidad en general y tampoco se enfocan especialmente en la familia así como en temas como dietas no saludables o malos hábitos alimenticios, en promover actividad física constante (Etxebarria, López, & Aurrekoetxea, 2013).

En el Ecuador existen normativas sustentadas en Acuerdos Ministeriales que fomentan la prevención de la obesidad y sobrepeso en niños, como la regulación de venta de alimentos en bares escolares; a más de que hay programas de educación y comunicación implementados para este fin por las instancias gubernamentales, como los de prevención y ayuda para lograr una buena alimentación valiéndose del método de “semaforización de alimentos procesados”, del control de expendio de bebidas y alimentos altos en contenidos de sal, azúcar o grasa (Ministerio de Salud Pública, 2017). Sin embargo, a pesar de esto, las estadísticas obtenidas del estudio (ENSANUT) nos demuestran que la prevalencia de ambas condiciones sigue aumentando en el país, lo cual puede ser considerado como un problema de salud pública.

Uno de los motivos para realizar esta investigación es que no se cuenta con el debido conocimiento sobre los factores de éxito que permitan conseguir y lograr un peso normal en las personas que presenten obesidad o sobrepeso, dificultándose así el estudio y análisis respectivo para establecer la aplicación de un específico tratamiento con los mejores resultados posibles para mantener un peso normal en las personas que presenten tales anomalías o sean reincidentes en ellas.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores de éxito que se atribuyen a un bajo peso a largo plazo (5 años) para hispanos, en personas que presentaron obesidad o sobrepeso?

Propósito del estudio

El más inmediato y relevante es el de obtener los factores de éxito que ayuden a mantener un peso normal a largo plazo en personas que cumplieron un criterio de diagnóstico de obesidad o sobrepeso y que actualmente presente un peso normal y lo hayan podido mantener durante 5 años. Subsecuentemente, es necesario conseguir que aplicando un tratamiento más focalizado en factores que han ayudado a otras personas a resolver su problema, el paciente cuente con más herramientas para afrontar su situación y logre la disminución de sus índices de sobrepeso y obesidad.

Se espera que esta investigación sirva también como base para generar o mejorar las políticas públicas orientadas a la reducción y control de la obesidad y el sobrepeso en el Ecuador.

Objetivo general

Conocer y analizar los principales factores que contribuyan a mantener un bajo peso y el control de la obesidad en la población.

Objetivos específicos:

Verificar los cambios que han existido en la población que tuvo sobrepeso u obesidad y que fue capaz de regresar a un peso normal.

Conocer los factores que han determinado el éxito en el tratamiento contra dichos desórdenes alimenticios.

Dar lineamientos para incluir dichos factores en una terapia psicológica en países de habla hispana.

Significado del estudio

Como experiencia personal debo señalar que es muy difícil encontrar estudios relacionados a obesidad y sobrepeso dentro del Ecuador, las estadísticas se reducen a una sola encuesta que ya fue mencionada anteriormente dentro de este capítulo (ENSANUT).

Al buscar sobre qué factores se han promovido el mantenimiento de un peso normal en personas que antes tenían obesidad o sobrepeso, no se encontró ningún tipo de información, especialmente a nivel nacional; los estudios más relevantes que se encuentran en relación a obesidad y sobrepeso son dos, en los cuales se menciona específicamente al Ecuador, el primero es: La prevalencia y factores de riesgo de sobrepeso en colegialas de 12 a 19 años en una región semiurbana del Ecuador, en el cual se investigó sobre la posible relación del IMC de los adolescentes con su actividad física y su ingestión calórica. Entre los resultados de esta investigación consta que 8,3 por ciento de las participantes presentaron sobrepeso y 0,7 por ciento obesidad. También se concluyó que los factores de mayor influencia sobre el IMC fueron la actividad física y el IMC de la madre, independientemente de la ingestión energética (Burbano, Fornasini, & Acosta, 2003).

El segundo estudio encontrado trata un tema similar al anterior y es de: “La prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana”, en él se investiga la prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes del Ecuador y los resultados demostraron que el exceso de peso afecta al 21.1 por ciento de los adolescentes, con cifras independientes para sobrepeso de 13,7 por ciento y obesidad de 7,5 por ciento; se estableció también que el exceso de peso se da mayoritariamente en la región Costa 24.7%, a diferencia de la Sierra que presenta un 17.7% ($p=0.001$); el exceso de peso fue significativamente más alto en adolescentes de colegios privados 25.3% a diferencia de colegios publico 18.9%. Aquí se señala que el exceso de peso afecta más a mujeres (21.5%) que a hombres (20.8%). (Yepez, Carrasco, & Baldeon, 2008).

Hay un estudio que contiene estadísticas sobre el sobrepeso y la obesidad, pero relacionado al estado nutricional de los niños: “Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador)”.

Otro es sobre la “Prevalencia y factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en escolares de la provincia de Imbabura: Ecuador 2010”; y, finalmente: “Sobrepeso y obesidad como factores predisponentes de hipertensión arterial en niños de 5 a 12 años en Guayaquil y Nobol”.

Estudios vinculados a la realidad del Perú son: “La desnutrición crónica, el sobrepeso y la obesidad en niños de áreas rurales de Perú” y “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de un distrito urbano de Lima, Perú 2012”. En tanto que para Bolivia: “Obesidad infantil en Bolivia”.

Las investigaciones realizadas en el Ecuador tratan de medir la prevalencia de ambas enfermedades y que factores influyen para tener obesidad o sobrepeso; sin

embargo, no hay evidencia de que se hayan realizado estudios similares al propuesto en la presente investigación que es: qué factores han permitido mantener un peso estable en personas que antes tenían obesidad o sobrepeso; en consecuencia, este estudio sería relevante para profundizar sobre la realidad nacional.

REVISIÓN DE LITERATURA

Revisión de literatura

Fuentes

La información teórica que se incluye en esta investigación es extraída de artículos científicos, libros y de datos estadísticos disponibles en Ecuador.

Para acceder a los artículos científicos se utilizó la base de datos de la Universidad San Francisco de Quito, EBSCO, Science Direct, Ebrary y para obtener otros artículos y datos estadísticos sobre el Ecuador se utilizó Google Académico. Las palabras clave utilizadas para el desarrollo de esta investigación fueron: obesidad, sobrepeso, trastornos alimenticios, trastorno por atracón, tratamiento, mantenimiento, farmacología, y fueron buscadas tanto en inglés como en español, lográndose así una mayor cantidad de información a la vez que se pudo filtrar la búsqueda.

Los artículos e investigación que se citan en este trabajo, tienen carácter académico y cuentan con bases científicas.

Formato de la revisión de literatura

La revisión de la literatura se hizo por temas específicos. En primer lugar se abordaron aquellos de la obesidad y el sobrepeso, las características de ambas condiciones, estadísticas alrededor del mundo y a nivel nacional, los subtipos de cada condición. A continuación se investigó sobre como se pueden medir estas condiciones para dar un diagnóstico apropiado; las causas para el inicio y la prognosis de la obesidad y el sobrepeso; y, finalmente se los tipos de tratamiento para ambas condiciones.

Obesidad y sobrepeso

Definición

Tal como ya consta en este estudio, según la OMS la obesidad y el sobrepeso son “la acumulación anormal o excesiva de grasa, la cual puede ser perjudicial para la salud” (OMS, Organización mundial de la salud, 2016).

Un indicador que permite determinar si una persona tiene obesidad es el Índice de Masa Corporal, el cual se constituye en guía para que la OMS pueda catalogar a las personas que padecen tal condición. El referido indicador utiliza el peso y la talla para conocer en que rango esta la persona; en el caso de las personas adultas que poseen obesidad su IMC debe ser igual o superior a 30 kg (m)^2 (OMS, Organización mundial de la salud, 2016).

Para que las personas adultas sea catalogadas con sobrepeso su IMC debe ser igual o superior a 25 kg/m^2 y según estadísticas de la misma OMS en el año 2014 solo el 39 por ciento de adultos de 18 o más años en el mundo tenían esta condición(OMS, Organización mundial de la salud, 2016).

Problemática

Arroyo y Mincey (2016), afirman que la obesidad en la actualidad se ha convertido en un problema de salud pública alrededor del mundo y que ésta tiene una gran correlación con problemas de salud como diabetes, hipertensión y cáncer. Dentro de las últimas tres décadas y media la prevalencia de la obesidad ha aumentado casi al doble a nivel mundial. Solo en Estados Unidos la prevalencia de obesidad para personas adultas mayores de veinte años es del 36 por ciento. (Arroyo-Johnson & D. Mincey, 2016).

Se señala también que la obesidad en las personas en general es causada por un desbalance energético, caracterizado por un sobreconsumo de calorías en comparación

al nivel normal. Sin embargo, hay otros factores que influyen para que las personas presenten condiciones de obesidad, como: un estilo de vida sedentario; el consumo de comidas muy altas en calorías, de bebidas con demasiada azúcar y la denominada “comida rápida” (Hawkesworth, 2013). Hawkesworth (2013) agrega que hay también un gran factor social, que influye en la obesidad y dice:

“Los patrones de sobrepeso y obesidad no son uniformes dentro de todas las poblaciones y además están estrechamente relacionados con el estatus socioeconómico. En tanto los países se van enriqueciendo los patrones van cambiando, por tanto en los países con mayor cantidad de ingresos los rangos de obesidad son más altos entre los miembros más pobres de la sociedad, mientras que en países de bajos ingresos la prevalencia de obesidad es más alta entre las clases socioeconómicas más altas”.

(Hawkesworth, 2013)

En la actualidad la obesidad ya es considerada como una enfermedad crónica y está interrelacionada con otros riesgos para la salud de las personas, por lo que se ha generado una gran preocupación sobre su presencia y su alarmante incremento alrededor del mundo; puesto que conlleva efectos colaterales de orden físico, psicológico y social (Moreno, 2012).

La relevancia de este tema surge en especial de la existencia de una alta mortalidad de aproximadamente 3 millones de adultos al año por obesidad y por los problemas subsecuentes de la misma condición. Se agrega que la preocupación es mayor por cuanto cada vez más niños están presentando obesidad y que solo en el año 2010 aproximadamente 43 millones de niños menores de 5 años ya presentaban exceso de peso (Moreno, 2012).

Clasificación

Dentro del amplio contexto de la obesidad es importante reconocer que existen varios tipos de clasificación para esta condición.

Según Sande & Mahan (1991), citados en Bastos (2005), la obesidad puede ser clasificada en dos categorías respecto a su origen: en primer lugar está la exógena, que es causada principalmente por una ingesta calórica mayor a la que en una dieta normal se considera como necesaria; en segundo lugar tenemos la obesidad endógena, que es consecuencia de problemas hormonales y metabólicos (Bastos, Gonzales Boto, Molinero Gonzales, & Salguero del Valle, 2005).

A la vez se han establecido subcategorías de obesidad, en las que se toma mucho en cuenta la localización física de los depósitos de grasa en el cuerpo humano; así:

La **obesidad de tipo I**, caracterizada por la existencia de un exceso de grasa corporal en todo el cuerpo, no hay un lugar exacto donde se acumule.

La **obesidad tipo II** que se identifica por un exceso de grasa subcutánea y que principalmente se distribuye en la región abdominal y en el tronco; la mayoría de casos se presenta en varones y está altamente relacionada con un elevado nivel del colesterol comúnmente llamado malo o LDL (Low Density Lipoprotein), factor que contribuye a un mayor riesgo de la aparición de enfermedades cardiovasculares y otras relacionadas.

La **obesidad tipo III**, caracterizada principalmente porque la grasa se acumula viscer- abdominalmente; y, por último;

La **obesidad tipo IV**, que es más común en mujeres y se la identifica por una acumulación de grasa en la parte glúteo-femoral (Bastos, Gonzales Boto, Molinero Gonzales, & Salguero del Valle, 2005).

Consecuencias generales

La obesidad es una enfermedad que no solo está relacionada con el peso y la imagen corporal, esta puede afectar severamente a varios órganos del cuerpo. Al poseer un IMC más elevado existe un mayor riesgo de tener enfermedades cardiometabólicas,

hipertensión, dislipidemia, enfermedad cardiovascular, hipercoagulabilidad y diabetes tipo II (McShea, 2017).

Algunos tipos de cáncer como el de seno, colon, útero, páncreas, riñón y próstata, están relacionados directamente con la obesidad. Hay también otro tipo de problemas médicos relacionados, como: apnea obstructiva del sueño, enfermedades degenerativas de las articulaciones, enfermedades en la vesícula biliar, hígado graso, reflujo e infertilidad. Debido a la obesidad se presentan, a la vez, algunos tipos de enfermedades mentales como depresión, ansiedad y trastornos de la imagen corporal (McShea, 2017).

Formas de medir la obesidad y el sobrepeso (IMC definición, variables, alcances y limitaciones)

Existen diversos métodos para evaluar el estado nutricional de las personas. Hay métodos basados en mediciones dietéticas de laboratorio, antropometría y métodos clínicos. La antropometría está basada en “medición de la variación de las dimensiones físicas y la composición del cuerpo en diferentes edades y grados de nutrición” (Monterrey Gutierrez & Porrata Maury, 2001).

De entre todas las variables antropométricas, las más utilizadas son la estatura y el peso debido a su fácil obtención; sin embargo, en cuanto a la estatura se podría decir que no es de mucha relevancia a la hora de monitorear el estado nutricional, ya que puede verse afectada por situaciones nutricionales a tempranas edades (Monterrey Gutierrez & Porrata Maury, 2001). La estatura tiene algunas limitaciones, el ejemplo más claro de esto es que no se puede asociar valores de estatura bajos con problemas de nutrición, ni valores de estatura altos con buena salud; otra desventaja es que esta medida no nos da un índice de los desequilibrios generados por el exceso de acumulación de tejido graso (Monterrey Gutierrez & Porrata Maury, 2001).

En cuanto al peso corporal, es una medida que puede verse influenciada por músculos y no exclusivamente por el tejido adiposo. El peso se ve influenciado por la estatura al momento de evaluar el estado nutricional de una persona, por tanto es necesario que ambas variables se relacionen; a partir de ambas medidas se genera el IMC (Índice de Masa Corporal) (Monterrey Gutierrez & Porrata Maury, 2001).

El IMC mide como la masa del individuo se distribuye por área corporal, el IMC presenta una alta correlación con el peso y es independiente a la altura, por tanto es buen indicador del peso relacionado a la estatura de la persona (Monterrey Gutierrez & Porrata Maury, 2001). Tal medida refleja las reservas corporales de energía, esto lo sabemos gracias a la alta correlación con la grasa corporal estimada por el método de densitometría, también hay una alta correlación con la medición de pliegues cutáneos, los cuales también son una fuente de información de la grasa corporal; por esta razón, el IMC desde su inicio fue utilizado para medir obesidad (Monterrey Gutierrez & Porrata Maury, 2001).

El IMC ha sido catalogado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y el NIH (National Institutes of Health) como el principal predictor de sobrepeso y obesidad, debido a su alta correlación con adiposidad, su gran asociación epidemiológica con mortalidad y morbilidad asociada a la obesidad (Carrasco N, Reyes S, Rimler S, & Rios C, 2004).

El IMC puede verse afectado por variables como sexo, raza y edad, lo cual puede generar un mal diagnóstico y falsos negativos o falsos positivos (Carrasco N, Reyes S, Rimler S, & Rios C, 2004).

Algunos estudios han demostrado que el IMC mide de manera inexacta el porcentaje de grasa en el cuerpo a comparación con otros métodos como la

densitometría por inmersión, medición de agua corporal total por deuterio o impedanciometría bioeléctrica (Carrasco N, Reyes S, Rimler S, & Rios C, 2004). Sin embargo dentro de esta propuesta de investigación se utiliza la técnica denominada como IMC debido a que es la más común y de menor coste.

Causas para la obesidad y el sobrepeso

Existen diversas causas por las cuales la obesidad y el sobrepeso pueden darse, sin embargo deben destacarse ciertos factores comunes dentro de la epidemiología de la obesidad y el sobrepeso, dentro de estos se hallan: los hábitos alimenticios, hábitos que generan un estilo de vida sedentario; también pueden verse involucrados los genes, los cuales al mismo tiempo intervienen dentro de procesos metabólicos como el gasto energético; el metabolismo de sustratos energéticos y el consumo de determinados alimentos. Las mencionadas anteriormente no son las únicas causas, puesto que puede haber la intervención de factores como la alimentación con dietas de alta densidad energética, típicamente ricas en grasas y azúcar; otra que será analizada es el alto sedentarismo dentro de las sociedades de países en vías de desarrollo o ya desarrollados (Martinez, Moreno, Marques-Lopes, & Marti, 2002).

El factor genético sería la primera causa por cuanto predispone a las personas a la obesidad o sobrepeso, sin embargo ésta a su vez también está relacionada a la ingesta y al gasto calórico. Los genes implicados pueden producir determinados tipos de señales así como facilitar la identificación de los mecanismos que participan en la regulación del peso corporal. Algunos genes están altamente vinculados al control de ingesta, el que a su vez está dependiendo de diversos factores como neuropeptidos, leptina, POMC (Proopiomelacotina), CCK (Colecistoquinina) entre otros, a más de la regulación de la termogénesis. Los factores mencionados se ven afectados por los genes y pueden causar una susceptibilidad genética como una baja tasa de metabolismo basal,

disminución en la oxidación de macronutrientes, bajo contenido de masa magra; a más de que existen otros factores relacionados a las hormonas, que pueden crear una sensibilidad a la insulina (Martinez, Moreno, Marques-Lopes, & Marti, 2002).

Según Berthoud et al, existe una gran contribución genética dentro del padecimiento de la obesidad, por lo que afirma que hay “genes de la obesidad” que juegan un rol importante dentro del sistema nervioso, que es el encargado de regular la ingesta de comida y de cómo el cerebro controla el metabolismo, siendo ambos muy importantes en la regulación del balance de energía dentro del cuerpo (Berthoud & Klein, 2017).

En resumen, se puede afirmar que los genes son un factor de enorme dentro de las causas de la obesidad, ya que pueden proporcionar cierta susceptibilidad al cuerpo, exponiéndolo más a ganar peso, a generar mayores depósitos de grasa, a tener un metabolismo que conlleve a producir mayores niveles de grasa y, por tanto, a que exista una tendencia hacia el sobrepeso u obesidad.

La segunda causa es la falta de actividad física o el sedentarismo, que da como resultado un aumento de peso en las personas y por tanto un incremento en la prevalencia de obesidad y sobrepeso. Cuando hay un mayor consumo de dieta alta en energía y contenido de calorías que no son consumidas por ausencia de un mínimo de actividad física, esta energía se transforma en depósitos de grasa en el cuerpo, a la vez que la tasa metabólica y la termogénesis disminuyen generando un gran impacto sobre la ganancia de peso (Martinez, Moreno, Marques-Lopes, & Marti, 2002).

Algunos estudios demuestran ciertos tipos de relación entre actividad física y el IMC que conducen a señalar que la actividad física en tiempo de ocio tiene una relación inversa al IMC, en tanto que el tiempo que se dedica a estar sentado o inactivo tiene una

relación directa con el IMC; esto significa que cuando no hay una participación en actividades deportivas y hay además un alto rango de horas de inactividad, como pasar sentado en el trabajo o frente al televisor, la prevalencia del sobrepeso y obesidad aumentan y los factores mencionados anteriormente pueden ser predictores muy importantes de ambas condiciones (Martinez, Moreno, Marques-Lopes, & Marti, 2002).

Como tercera causa principal está la nutrición. Los diferentes hábitos alimenticios que se han generado a consecuencia de los actuales estilos de vida, como el comer en lugares externos al hogar, en donde sirven cualquier tipo de comida que por lo general no tienen buena calidad y son ricas en grasas, con un alto contenido calórico, de hecho promueven el sobrepeso y obesidad; sin embargo no es una cuestión solo de calidad de la comida sino también de cantidad de la misma. Pues con los hábitos existentes se genera también un nivel de consumo de tales alimentos en cantidades exageradas, que implica siempre un alto consumo calórico y, por tanto, el aumentar tejido adiposo del cuerpo (Bastos, Gonzales Boto, Molinero Gonzales, & Salguero del Valle, 2005).

El exceso de comida no es el único factor que incide en la obesidad y el sobrepeso; puesto que debe hacerse hincapié en la calidad y en el tipo de los alimentos que se consumen, que en la mayoría de casos son de alto contenido de grasas, azúcar y calorías. Es por esto que en el estudio contenido en el artículo “Obesidad, nutrición y actividad física” de Bastos et al, se concluye que sería importante realizar diversas propuestas para la promoción de una dieta equilibrada, en la que se reduzca el consumo de grasas y la ingesta de un alto nivel de calorías, cambiando los hábitos alimenticios hacia un mayor consumo de frutas y verduras; así como considerando la importancia de disminuir o eliminar ciertos hábitos como el consumo de tabaco (Bastos, Gonzales Boto, Molinero Gonzales, & Salguero del Valle, 2005).

Principales factores

Entre los principales factores y siendo uno de los más importantes se encuentra el desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, conjugado con la distribución de macronutrientes de la dieta de cada persona y el metabolismo de algunos nutrientes específicos; puesto que el control del peso corporal y su composición dependen a la vez de factores trascendentales como: el apetito, el cual está controlado por el sistema nervioso central y es sensible a distintos estímulos sensoriales o a los ritmos circadianos que generan la liberación de hormonas y señales nutritivas (Martinez, Moreno, Marques-Lopes, & Marti, 2002).

Como segundo factor tenemos al metabolismo de nutrientes y la termogénesis, que es el segundo mecanismo que regula el recambio metabólico de sustratos y también la termogénesis - producción de calor por parte del organismo-; estos diversos procesos tienen una alta y directa relación tanto con la acumulación de grasa corporal como con el control del apetito (Martinez, Moreno, Marques-Lopes, & Marti, 2002).

Finalmente, el tercer factor es el tejido adiposo, que es un tipo de grasa corporal que puede incidir de manera directa a la utilización de ciertos nutrientes y macronutrientes, mismos que puede afectar en general a todo el sistema metabólico (Martinez, Moreno, Marques-Lopes, & Marti, 2002).

Binge Eating Disorder

De la investigación contenida en varios artículos se extrae que las causas mencionadas anteriormente son las principales y más comunes para explicar el sobrepeso y la obesidad en las personas. Sin embargo, por cuanto el presente trabajo de investigación debe estar muy vinculado al ámbito y área de psicología, es trascendental destacar un factor que cada vez más adquiere importancia para explicar y relacionarlo

directamente con la obesidad y el sobrepeso, y este es el de los trastornos de ansiedad, denominado “BED (Binge Eating Disorder)” o “TPA(**Trastorno por atracón**)”.

El “trastorno por atracón” es uno de los desórdenes alimenticios más comunes, que en la actualidad se está constituyendo en un problema de salud pública alrededor del mundo. Con sustento en los datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud en base de una encuesta realizada a adultos de catorce países y en cuatro continentes, se encontró que el rango de prevalencia de este trastorno durante toda la vida de las personas es de 1,4 por ciento; solo en Estados Unidos tal prevalencia fue de 2,6 por ciento (Guerdjikova, Mori, Casuto, & Mc Elroy, 2017).

En un estudio de Hudson et al, mencionado en Westeberg,D (2013), se demuestra que la prevalencia del “trastorno de atracón” durante toda la vida es de 3,5% en mujeres y 2,0% en hombres, porcentajes significativamente más altos que los de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa juntos; también revela que este trastorno está altamente relacionado con obesidad severa; y, en otro estudio se concluye que el 87% de los pacientes que tenían trastorno por atracón también presentaban obesidad (Westberg & Waitz, 2013).

Es fundamental reconocer este tipo de desorden cuando se trata clínicamente a un paciente con obesidad; puesto que los pacientes que presentan trastorno por atracón, a diferencia de los que no, consumieron una mayor cantidad de calorías en un laboratorio cuando participaron de un estudio de comportamientos alimenticios; además, reportaban mayor deterioro funcional, una calidad de vida más baja y mayor comorbilidad psiquiátrica (Westberg & Waitz, 2013).

El “trastorno por atracón” está definido según el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como un trastorno del comportamiento

alimentario, en el cual la característica principal es la presencia de atracones al menos una vez a la semana durante tres meses, los atracones son descontrolados y causan malestar, no hay intentos de compensación como purgas, ejercicio físico, laxantes o ayuno (American Psychiatric Association, 2013). Los criterios de diagnóstico según el DSM-V son:

A.- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracción se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere)

B.- Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente

4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C.- Malestar intenso respecto a los atracones

D.- Los atracones se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E.- El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa. (American Psychiatric Association, 2013)

En cuanto a la remisión el DSM-V nos dice que **es parcial** si después de haber cumplido los criterios mencionados anteriormente, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado; y es **una remisión total** si después de haber cumplido los criterios mencionados anteriormente ya no se cumple ninguno de ellos durante un periodo continuado. Su gravedad se categoriza en atención a los episodios presentes, a la inclusión de otros síntomas y al grado de disfuncionalidad que exista, así:

Leve: 1-3 atracones a la semana

Moderado: 4-7 atracones a la semana

Grave: 8-13 atracones a la semana

Extremo: 14 o más atracones a la semana

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Para determinar si los periodos de ingesta son de altas cantidades de comida estos deben darse dentro de un periodo de tiempo menor a dos horas y en cantidades de comida más grandes de lo que la mayoría de personas podría comer bajo las mismas circunstancias; la principal característica del desorden es la sensación de pérdida de control sobre lo que se come, los episodios de atracones están relacionados con

sentimientos de culpa y estrés. Un hecho muy importante a ser tomado en cuenta es que los pacientes que padecen este trastorno ingieren grandes cantidades de comida aun cuando físicamente no sienten hambre, comen más rápido de lo normal y hasta sentirse llenos pero de una manera incomoda. Esta ingesta de comida la realizan secretamente y por lo general se sienten muy avergonzados tanto por tal comportamiento cuanto por su inhabilidad para controlar dichos episodios (Guerdjikova, Mori, Casuto, & Mc Elroy, 2017).

La enorme relevancia que tiene el referirse al trastorno de atracón, recae sobre la idea de que en Psicología el DSM es el encargado de hacer posible la categorización de las patologías y si bien dentro de estas no existe la patología de obesidad como tal si se puede, en cambio, hablar de trastornos alimenticios tomando en cuenta que dentro de ellos está el trastorno por atracón, el mismo que, como se ha mencionado antes, puede ser considerado una de las principales causas para el sobrepeso y la obesidad.

Se debe tener siempre presente que el DSM es un manual que categoriza las patologías mentales a través de un método estadístico en el cual se integran aspectos como frecuencia, intensidad y pronóstico de la enfermedad; con este conjunto de aspectos se hace factible establecer el estado patológico de la mente y posibilitar así el acceso al campo de la psiquiatría. Precisamente, es dentro del área psiquiátrica donde una enfermedad es referida más como una alteración ya sea conductual o de vivencias emocionales de los pacientes y es ahí que no se toma tanto en cuenta los órganos involucrados en ciertas patologías, a excepción del sistema nervioso central y autónomo.

La obesidad y el sobrepeso son por lo general estudiadas como enfermedades médicas que causan afectaciones cardiovasculares, metabólicas y endocrinas, que se las asocia más comúnmente con factores genéticos y ambientales (Cordella, 2008).

Lo anteriormente expuesto es muy relevante dentro de esta investigación, por cuanto allí se enfatiza prioritariamente sobre obesidad y sobrepeso, en tanto que, en contraste, en el DSM no se incluye ninguna de estas condiciones debido a su causalidad aunque, sin embargo, si incluye al trastorno por atracón por estar más relacionado a la patología mental y concretamente asociado a la ansiedad.

Causas para el desarrollo de trastorno por atracón

Hay diferentes factores de riesgo asociados al apareamiento del trastorno por atracón, sin embargo hay dos hipótesis que son muy coherentes y que pueden facilitar una explicación más concreta sobre el origen del trastorno. La primera hipótesis es la de la **externalidad**, que plantea que una persona que mantiene un peso normal, regula la ingesta de comida principalmente por estímulos internos tales como el hambre y la saciedad fisiológica, en tanto que los individuos con sobrepeso tienen una baja capacidad de regulación de tales estímulos. La segunda hipótesis es la de la **ingesta emocional**; en ella el atracón es entendido como una conducta plenamente relacionada a los estados emocionales de la persona y que, por tanto, se debería proceder a controlar y regular los estados de ánimo en los que los niveles de ansiedad sean muy altos (Cuadro & Baile, 2015).

El trastorno por atracón tiene una alta correlación con desordenes psiquiátricos, pero más comúnmente con trastornos emocionales y desordenes de ansiedad. En un estudio realizado con una muestra de 9.282 pacientes se demostró que al menos cuatro de cada cinco adultos que han tenido trastorno de atracón durante toda su vida presentaban un desorden psiquiátrico comorbido y, aproximadamente, uno de cada dos adultos padecía comorbilidad con tres o más desordenes psiquiátricos. Los trastornos más comunes relacionados al de atracón son de estado de ánimo (54,2%), ansiedad (37,1%) y uso de sustancias (24,8%) (Guerdjikova, Mori, Casuto, & Mc Elroy, 2017).

El estudio revisado y mencionado anteriormente en Guerdjkova, Mori, Casuto, & Mc Elroy (2017), pertenece a Ulfvebrand Ulfvebrand et al (2015), en el que se utilizó un método mediante el cual los datos estadísticos fueron recolectados de una colección de base de datos de una unidad de cuidado de trastornos alimenticio; esta base de datos incluía información de pacientes de todas las edades y de ambos géneros, sin embargo se tomó en cuenta solo la información de pacientes mayores de 18 años que cumplieran con los criterios de diagnóstico del DSM-IV para trastornos alimenticios. Entre los medios utilizados están una entrevista clínica estructurada para encontrar desórdenes clínicos categorizados por el DSM y una entrevista estructurada para desórdenes alimenticios, con la que se buscó identificar este tipo de trastornos.

De otra parte, entre las fortalezas del estudio se halla el hecho de que se pudo conseguir una amplia muestra que cumplía de manera completa con los criterios del DSM; en tanto que sus limitaciones están en que la muestra fue obtenida de un grupo de pacientes que buscaban tratamiento y, por lo tanto, los resultados pueden no ser de aplicación general respecto de pacientes que se encuentren en tratamiento (Ulfvebrand, Birgegård, Norring, Högdahl, & vonHauswolff-Juhlin, 2015).

En la investigación realizada por Villarejo et al (2012), se examinó la prevalencia de obesidad en los distintos desórdenes alimenticios de las personas y también se exploró si han existido cambios durante los últimos diez años de sus vidas, para así poder comparar los pacientes que presentaban obesidad y trastornos alimenticios con los que solo presentaban trastorno alimenticio. La muestra para este estudio fue de 1.382 mujeres que tenían algún trastorno alimenticio cumpliendo con los criterios del DSM y que se sometieron a una evaluación con el “Eating Disorders Inventory-2”, el “Symptom checklist-90”, “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” y el “Temperament and Character Inventory”. Los correspondientes resultados demostraron

que la prevalencia de obesidad en casos de trastornos alimenticios es de 28.8%, y entre los porcentajes individuales los que más destacaron fueron los de la anorexia nerviosa con 5% y el trastorno por atracón con 87%. Se encontró también que durante los últimos 10 años se había producido un incremento en la obesidad en los pacientes con un trastorno alimenticio ($p \leq .001$) y que los participantes con un trastorno alimenticio y obesidad también presentaron niveles más altos de obesidad en la niñez y dentro de su familia ($p \leq .001$). Entre las limitaciones de este estudio está la de que el auto reporte de los participantes puede afectar la validez y confiabilidad de los resultados y, en segundo lugar, que el diseño utilizado, que fue transversal, no permitió determinar la causalidad de las variables estudiadas y que por tanto sería necesario realizar el mismo estudio pero con un diseño longitudinal (Villarejo, y otros, 2012).

En resumen, respecto al trastorno por atracón se debe decir que está influenciado por diversos factores y según las fuentes revisadas podemos atribuirle una fuerte correlación con la obesidad y el sobrepeso; que hay una alta prevalencia de obesidad en el trastorno de atracón (87%) y que los participantes que presentaban obesidad y un trastorno alimenticio también presentaron mayor prevalencia de obesidad en la niñez y dentro de su familia. A la vez, se podría afirmar que existe una correlación positiva entre la severidad del trastorno de atracón y el grado de obesidad, puesto que hay información que describe como las personas que padecen trastorno por atracón tienen un comienzo más temprano en la obesidad, a diferencia de personas que no padecen el trastorno (Zwaan , 2001).

Tratamiento

Para generar un tratamiento eficaz de la obesidad y sobrepeso se requiere primero realizar un profundo análisis de las principales causas que originaron que un paciente presente tales condiciones, más aún cuando conocemos que ambas

enfermedades pueden tener múltiples causas. Según Infante (1993), citado en Bastos (2005), en el tratamiento de niños y adolescentes que padecen obesidad o sobrepeso es importante trabajar en dos etapas fundamentales: la primera es la de disminución del peso y la segunda el mantenimiento de un peso normal, que ciertamente puede ser la más complicada ya que implica un control permanente del estilo de vida de la persona y de los hábitos o conductas alimenticias (Bastos, Gonzales Boto, Molinero Gonzales, & Salguero del Valle, 2005).

Motivación y abandono

El hecho de que pacientes con obesidad o sobrepeso mantengan o pierdan la motivación influye de gran manera dentro del tratamiento, ya que correlativamente los puede llevar al mantenimiento o al abandono del mismo. En un estudio realizado por Grave et al (2005), se investigó la pérdida de peso y el abandono de un tratamiento continuo, a largo plazo, por parte de pacientes obesos. El estudio consistió en un seguimiento observacional de 36 meses y fue aplicado en 15 centros de obesidad en Italia, en los cuales se daba tratamiento continuo a largo plazo. La muestra fue de 1.000 pacientes (785 mujeres y 215 hombres) y los datos que se recogieron de ellos fueron peso y altura; se les administró cuestionarios de estrés psicológico y desórdenes alimenticios. Los resultados obtenidos fueron que aproximadamente el 20% de los pacientes se retiraron del tratamiento después de la primera visita y el abandono aumentó hasta el 58% a los 12 meses; al final de los 36 meses solo 157 de los 1000 participantes (15.7%) se mantuvieron continuamente en el tratamiento; de los 843 participantes que abandonaron el tratamiento, aproximadamente un tercio no tuvieron seguimiento mediante teléfono (n=273) y otros no aceptaron la entrevista de seguimiento (n=24), por lo cual se los consideró fuera del estudio. Entre las razones que con más frecuencia se dieron para abandonar el tratamiento estuvo la logística (51.1%),

en tanto que otro de los mayores problemas que se encontraron o mencionaron los participantes para optar por dicho abandono fue el trabajo (40.1%) y la familia (39.4%), aunque la tercera razón más común fue la insatisfacción con los resultados (25.5%).

Entre los correspondientes resultados se encontró que la pérdida de peso fue significativamente más alta en los sujetos que se mantuvieron en el tratamiento de los 36 meses, personas que representan el 5,2%, a diferencia del 3.0% que lo abandonaron ($p=0.016$) El porcentaje de participantes que lograron reducir su peso en más del 5% también fue más alto en quienes se quedaron, a diferencia de los que se fueron (40.8% vs. 22.7% respectivamente) ($\chi^2 = 22.842$; $P < 0.001$); y un resultado similar se obtuvo de los pacientes que perdieron más del 10% de peso y que representaron el 22.3% de los que se mantuvieron, frente al 12.0% de los que se retiraron ($\chi^2 = 11.977$; $P = 0.001$).

Entre las limitaciones de este estudio está la de que la muestra estuvo restringida a pacientes que estaban o buscaban tratamiento y, por tanto, no se pueden generalizar los resultados a otros pacientes con obesidad; otra limitación es la de que como se trabajó con 15 centros de obesidad el tratamiento brindado fue heterogéneo y, que en consecuencia, hubo diferencias en cuanto a este tratamiento (Grave, y otros, 2005).

Estrategias de implementación para mantener un peso normal

En el estudio de Klem et al (2000), consta que se investigó tanto sobre que estrategias han implementado algunas personas para mantener un peso normal después de haber perdido peso, cuanto respecto a las diferencias de esfuerzo y satisfacción asociadas a conductas para mantener ese peso normal. Todos los pacientes del registro nacional de control de peso (National Weight Control Registry "NWCR") que habían completado un año de seguimiento fueron incluidos en este análisis, participaron un total de 758 mujeres y 173 hombres. Entre los criterios de participación estaba el que los individuos debían haber perdido al menos 30 libras y haber mantenido esa pérdida

durante un año o más tiempo, y entre las medidas para este estudio se halla la de incorporar preguntas específicas sobre esfuerzo y satisfacción en cuanto al mantenimiento de peso normal; aparte se utilizó una lista en la cual los participantes indicaban cuál de las 10 estrategias de control les habían funcionado para mantener un peso normal en todo el año de mantenimiento - dentro de la lista se incluían ítems relacionados a mantener comida saludable en casa, disminuir comidas en restaurantes, pesarse regularmente, comprar revistas o libros relacionados a estilos de vida saludables, mantener un registro de lo que se come y del ejercicio- . La lista fue usada para calcular en escala del cero al diez que estrategias habían sido las más utilizadas, a la par que se incorporaron escalas, con rangos de cero a dos, para establecer qué tipo de estrategias eran más utilizadas: con la comida, con amigos y familia; a la vez, se utilizó el “Block Food Frequency Questionnaire” como autoreporte de la ingesta alimenticia; el “Paffenberg activity Questionnaire” para medir la actividad física de los participantes y se creó una escala Likert para medir el esfuerzo y placer relacionado al mantenimiento de peso donde 1 era muy poco o nada y 8 demasiado. Las preguntas incluidas en este cuestionario fueron:

¿Qué tanto esfuerzo se requirió para regirse a una dieta, actividad física y mantenimiento del peso?

¿Qué tanta atención se requirió para regirse a una dieta/ ejercicio y mantener el peso?

¿Cuánto placer se derivó del ejercicio, comer comida baja en grasa y mantener el peso?

Además, se utilizó una escala Likert para medir el placer que otorgaban actividades no relacionadas al peso, como leer libros, sentarse al sol, escuchar música, ver televisión y otras actividades relacionadas.

Los resultados de esta investigación demostraron, en primer lugar, que los sujetos de la muestra mantuvieron tanto un peso perdido promedio de 62.3 libras \pm 34.1 libras cuanto una pérdida de 30 libras en promedio de 6.8 ± 7.0 años (en un rango de 2 a 67 años). Una regresión lineal demostró una relación significativa entre la duración del mantenimiento y el número total de estrategias empleadas, esto es que mientras mayor duración del tiempo se utilizaron menos estrategias; los participantes con mayor duración reportaron el uso de menos estrategias relacionadas a la comida ($p=0.04$), sin embargo no se encontró relación entre la duración del mantenimiento y el número de estrategias con amigos/familia utilizadas - los sujetos que reportaron mayor tiempo de mantenimiento reportaron que mantenían una foto de ellos en un lugar bastante visible ($p=0.0017$) o que mantenía registro de su comida o ejercicio ($p=0.0032$); asimismo, la duración no estuvo relacionada a la frecuencia de pesarse a sí mismos; para todos los sujetos, el número total de estrategias estuvo significativamente relacionado con la cantidad de esfuerzo requerido para seguir una dieta ($r_s = 5 0.08$, $p = 5 0.008$), para mantener su peso ($r_s = 5 0.14$, $p = 5 0.0001$) y de igual manera para la cantidad de atención requerida para mantener el peso ($r_s = 0.08$; $p = 0.02$); los sujetos que presentaron mayor cantidad de tiempo reportaron que necesitan un esfuerzo significativamente más bajo para mantener la dieta y el peso normal, al igual que la atención requerida para mantener el peso (valores $p \leq 0.05$). Finalmente, la duración del mantenimiento tuvo una gran asociación con el placer.

La limitación más importante que este estudio presento es que en los auto reportes pueden haber existido errores que posiblemente afectaron de manera directa a los resultados del estudio (Klem, y otros, 2000).

La aplicación de cualquier tipo de tratamiento para un peso normal en personas que antes tenían sobrepeso u obesidad es un factor importante dentro de su calidad de vida. Muchas veces hay factores que promueven que estas personas vuelven a recaer en cualquiera de las condiciones de sobrepeso u obesidad, por tanto un tratamiento y seguimiento es importante. Perri et al (2001), realizó un estudio en el cual se compararon dos programas extendidos de terapia para el mantenimiento de peso con tratamiento comportamental. Para este estudio se reclutaron 103 adultos (93 mujeres y 10 hombres) que cumplieron con los criterios de inclusión, sin embargo solo 88 completaron el programa de 5 meses; las edades de los participantes debían encontrarse entre 21 y 60 años, su IMC debía estar entre 27-40 kg/m², presentar buena salud y un médico debía aprobarlos para tener un régimen de dieta y ejercicio para perder peso; los participantes fueron aleatoriamente seleccionados para una de las tres condiciones:

Solo terapia conductual

Terapia conductual y Entrenamiento en prevención de recaída (Relapse prevention training"RPT")

Terapia conductual más terapia de resolución de problemas (Problem solving therapy"PST")

Aparte de los cinco meses de terapia, se informó a los participantes que también recibirían un programa de salud que empezaría al sexto mes en el caso de RPT y PST, y en el dieciochoavo mes en el caso de solo los de terapia conductual; los participantes recibían dos horas de sesión grupal, compuesta de 11 a 14 personas por grupo durante

20 semanas. Se conformaron dos grupos en la condición de solo terapia conductual, tres en la condición de RPT y tres en la condición de PST. Durante las primeras sesiones se les enseñaron técnicas conductuales para el mantenimiento del peso (automonitoreo, establecimiento de metas, control de estímulos, etc) y los participantes tenían que seguir una dieta baja en calorías. Los resultados de este estudio mediante un análisis ANOVA demostraron que los participantes en las tres condiciones no mostraron diferencias significativas en cuanto a edad, peso, altura, IMC o años de educación. Al final del tratamiento inicial la pequeña cantidad de hombres no resulto significativa, por lo tanto se los descarto del estudio y se trabajó solo con la muestra de 80 mujeres, quienes presentaron una disminución de peso de 8.74kg (SD=4.79); los abandonos para cada tratamiento fueron de 29% para RPT y 34% para PST.

El efecto del tratamiento sobre la pérdida de peso se realizó con un estudio ANOVA y se demostró que fue significativo ($p=.01$), lo que quiere decir que si hubo influencia del tratamiento a la hora de bajar de peso y también de mantenerlo.

Como conclusión de este estudio se puede decir que el programa de intervención que incluía terapia de resolución de problemas demostró una significativa mejora en comparación al programa de solo terapia conductual; un año después de haber completado el tratamiento los pacientes que estuvieron en el programa PST mantuvieron el peso con el cual terminaron el estudio, en comparación a los que realizaron solo terapia conductual quienes volvieron a ganar al menos más de la mitad del peso que habían perdido; el 35% de los participantes de PST obtuvieron resultados clínicamente significativos en comparación a los de solo terapia conductual (6%). Las limitaciones de este estudio fueron que debido al abandono se perdió parte de la muestra, pero al tener un número tan reducido de hombres se tuvo que descartar este

grupo y por tanto los resultados solo pueden ser generalizables para mujeres parecidas a las del estudio (Perri, y otros, 2001)

Expectativas

Grave et al (2004), analiza las expectativas de pérdida de peso (expectativas a reducir el IMC a un año, IMC esperado y un IMC máximo aceptable) en pacientes obesos que buscan tratamiento y también se interesa en examinar como las expectativas difieren según sexo, peso, dieta e historia de peso, factores psicológicos y motivaciones primarias para perder peso. Para este estudio se utilizó una muestra de 1.891 pacientes obesos que buscaban tratamiento en 25 centros médicos en Italia ; de esa muestra 1.473 eran mujeres, con una edad promedio de 44.7 ± 11.0 años, el IMC promedio fue de 38.2 ± 6.5 kg/m², los criterios de inclusión para los participantes era que debían presentar un $IMC \geq 30$ kg/m², no debían estar ese momento en tratamiento activo, debían tener una edad entre 25 y 65 años, haber accedido a llenar cuestionarios y a firmar un consentimiento informado; los médicos involucrados en el estudio tomaron un cuestionario a los participantes, en el cual se recopilaba información sobre información demográfica, detalles sobre la dieta como: el número y resultados previos de intentos de bajar de peso, edad en la que se empezó a hacer dieta, lo que esperaban dentro de un año de pérdida de peso, su peso máximo aceptable y su peso ideal, también se les pregunto las razones específicas por las cuales querían bajar de peso. Entre las categorías estaban:

Mejorar su apariencia

Mejorar su salud a futuro

Mejorar su salud actual

Se utilizó tanto el “Symptom CheckList-90 (SCL-90)”, para detectar estrés psiquiátrico, trastorno por atracón e insatisfacción con la imagen corporal, cuanto el

“Binge eating scale (BES)” para revisar conductas como comer grandes cantidades de comida, sentimientos después de comer y otras conductas relacionadas ; complementando con el “Body Uneasiness Test (BUT)”, que es un cuestionario para evaluar la importancia de la apariencia física, conciencia sobre la imagen corporal y las partes del cuerpo que más influyen en la insatisfacción corporal. Los resultados de este estudio demostraron, en primer lugar, que los hombres presentaban un IMC significativamente más alto a la edad de 20 años [$F(1.1883)= 27.61$; $p<0.001$], las mujeres tenían una edad más temprana para hacer dieta [$F(1.1553)= 7,28$; $p<0.01$] y también una mayor pérdida de peso [$F(1.1553)= 3.96$; $p=0.05$]; en cuanto a la pérdida de peso o reducción del IMC, la expectativas de peso ideal presentaron un IMC promedio de 26.0 ± 3.4 kg/m², y un IMC máximo aceptable de 29.3 ± 4.4 kg/m², estas expectativas de peso pudieron ser alcanzadas bajando en promedio el 32% y 23% del peso actual de los participantes; la expectativa de reducción de peso o del IMC a un año plazo estuvo significativamente relacionada al IMC máximo de pérdida en intentos previos ($r_s=0.30$, $p<0.0001$); el SCL-90 y el BES marcaron puntajes patológicos en una gran proporción de los pacientes, pero más frecuente en mujeres, de igual manera las escalas del BUT fueron más altas en las mujeres; el peso ideal y el IMC máximo aceptable tuvieron una escasa correlación con las escalas psicométricas; y, en cuanto a las principales motivaciones para perder peso, al menos el 50% de los pacientes reportaron estar motivados a perder peso para mejorar su salud actual, 34.4% para mejorar su salud en el futuro y solo el 15.2% para mejorar su apariencia.

Un estudio ANOVA demostró que las mujeres que tenían como principal motivación bajar de peso para mejorar su apariencia presentaron un IMC más bajo [$F(2.1470)= 10.14$; $p<0.01$], y un IMC máximo aceptable más bajo e igual al IMC ideal [$F(2.1469)= 24.51$; $p<0.01$; $F(2,1470)=24.29$ $p<0.01$]. Estos resultados nos muestran

que hay un gran desacuerdo entre las recomendaciones de los médicos y las expectativas de resultados de los pacientes, desacuerdo que puede causar abandono en los tratamientos (Grave, y otros, 2005(2)).

De este estudio podemos extraer que las expectativas de las personas que padecen de obesidad o sobrepeso también influyen dentro del tratamiento y es un aspecto importante a considerar y que se debe tener en cuenta para futuras intervenciones.

Algunos autores concuerdan en la necesidad de una intervención multidisciplinaria que incluya médicos, nutricionistas, profesionales dentro del área física, psicólogos, entre otros; con la finalidad de que se traten los diversos campos que están relacionados a la obesidad y sobrepeso, esto con el fin de corregir a tiempo trastornos secundarios ya sea de tipo físico o psicológico que pueden aparecer en la persona. (Bastos, Gonzales Boto, Molinero Gonzales, & Salguero del Valle, 2005).

Terapia psicológica

Para que la reducción de peso en personas con obesidad o sobrepeso sea efectiva se debe trabajar en tres aspectos muy importantes: Primero, y como se ha mencionado ya en la presente investigación, se debe intervenir sobre la ingesta de energía, que debe ser reducida; segundo, la actividad física, que se tiene que aumentar a fin de utilizar el exceso de energía que hay en el organismo; tercero, el comportamiento conductual personal propositivo y el debido entrenamiento para lograrlo (Ryan, 2016)

Diversas instituciones, como la AHA(American Heart Association), ACC (American College of Cardiology) y la TOS (The Obesity Society), sustentándose en la evidencia empírica han llegado a la conclusión de que la concreción de sesiones intensivas de terapia conductual, ya sea grupal o individual, con al menos catorce

sesiones durante seis meses y que, además, luego de estas sesiones continúe el tratamiento por un año, puede generar buenos resultados como perder en doce meses 8 kg en promedio; práctica que a su vez trae consigo buenos e importantes resultados clínicos como: mejorar la presión sanguínea, reducir los niveles de triglicéridos y de colesterol malo o LDL, menor riesgo de diabetes tipo II (Ryan, 2016).

Tipos de terapia

Terapia cognitiva conductual

Reiteramos que la terapia de tipo conductual es una de las prácticas más utilizadas y con mejores resultados cuando se tratan pacientes que padecen de sobrepeso u obesidad. Es por ello que en este subcapítulo se profundiza sobre ella, sobre su funcionamiento y resultados.

Entre los diversos desórdenes alimenticios tratados con esta terapia están el TPC (Trastorno por atracón), ya mencionado dentro de las causas principales de la obesidad, así como la atención de personas con BN (Bulimia nerviosa) y AN (Anorexia nerviosa). Son dos las razones principales para su difundido uso: la primera es porque se puede focalizar en el apetito y la segunda es por cuanto se puede enfocar en el contexto subyacente del problema alimenticio mediante terapia de esquemas (McIntosh, y otros, 2016).

La terapia cognitivo conductual enfocada al apetito integra dos ámbitos muy importantes: la disminución del reconocimiento del hambre y la insensibilidad a la saciedad, plasmados en personas con trastornos de atracón y que por tanto sufren obesidad y sobrepeso, a la par que coadyuvan a que se mantenga ésta condición durante un tiempo muy prolongado. Esta terapia enfocada al apetito trae consigo varios beneficios, siendo uno relevante el que los pacientes prefieren monitorear tal condición

–obesidad y sobrepeso- en vez de esforzarse por controlar la ingesta de alimentos y bebidas (McIntosh, y otros, 2016).

En la investigación realizada por Byrne, Cooper & Fairburn (2003), se analizaron los factores psicológicos asociados al mantenimiento de un bajo peso en mujeres que habían logrado reducirlo luego de su condición de obesidad. Para tal fin, la muestra utilizada fue de 76 mujeres, de edades entre 20 y 60 años que se las dividió en tres grupos: el primero, con 20 mujeres que han tenido obesidad ($IMC \geq 29.9 \text{ kg/m}^2$) y que en algún momento durante los dos últimos años han perdido al menos 10% de su peso inicial como resultado de una restricción calórica y que, a la vez, han mantenido su nuevo bajo peso por al menos un año; el segundo grupo, con 28 mujeres que han ganado peso, con condiciones similares a las del primer grupo excepto que han recuperado entre 3.2 kg o más de su peso original; y el tercer grupo, con las restantes 20 mujeres, que han mantenido un peso saludable, que no han presentado obesidad ($IMC 20-25 \text{ kg/m}^2$) y que no han variado su peso al menos durante 2 años.

El diseño del estudio fue cualitativo y se lo realizó en dos fases: La primera involucraba entrevistas individuales con 20 mujeres de cada grupo (60 en total); en la fase dos se trabajó con solo dos grupos (las que volvieron a ganar peso y las que se han mantenido) de 8 mujeres cada uno, en total 16 mujeres, mismas que no habían sido elegidas en la fase I.

Se practicaron entrevistas estructuradas que recogían información demográfica en general, detalles sobre su peso y una breve historia sobre el mismo; para la segunda fase se utilizó también una entrevista estructurada, la cual se enfocaba en intentos de pérdida de peso, los resultados de ese intento y la descripción de lo que les había pasado durante ese evento.

En cuanto a los resultados, dentro de la parte conductual se encontró que hubieron diferencias muy claras entre las que habían mantenido su peso y las que lo habían recuperado. Los principales factores de comportamiento que allí influyeron son: la ingesta alimenticia, el nivel de actividad, y el monitoreo continuo de la pérdida de peso. Las participantes que mantuvieron un peso normal reportaron haberse adherido a una dieta baja en grasas, ejercicio regular y constatare revisión de su peso que derivó en una importante ayuda por cuanto si observaban que el peso aumentaba en vez de disminuir, reducían la ingesta de comida y aumentaban el ejercicio.

En lo que a factores cognitivos se refiere, se encontraron:

Metas: El haberse planteado claros objetivos durante la etapa de reducción de peso les ayudo a motivarse y, por tanto, alcanzar la meta de reducción de peso

Importancia de la forma y el peso para la autoevaluación: las mujeres que volvieron a ganar peso se preocupaban mucho por este aspecto, por el contrario las que lograron mantenerse y las que siempre han mantenido un peso saludable reportaron no sentirse tan preocupadas

Vigilancia: las mujeres que mantuvieron un bajo peso reportaron que vigilarlo era importante, ya que de esta manera sabían si debían reducir su ingesta calórica y realizar más actividades físicas, actitud que también les ayudaba a mantener y alcanzar sus objetivos

Pensamiento dicotómico: el pensamiento del todo o nada fue mayormente observado en las mujeres que habían vuelto a ganar peso en comparación con las que mantuvieron un peso normal y las que presentaban un peso saludable; las mujeres de los dos últimos grupos dijeron que se mantuvieron menos polarizadas en cuanto a sus pensamientos sobre alimentación, peso, forma y control sobre ellas mismas.

Entre los factores que surgieron para las mujeres que se mantuvieron y las que presentaban un peso saludable están: **el del control de sus emociones**, que les indujo a comer de manera cómoda; la **distracción derivada de pensamientos y emociones incómodas**, que redundaron como ayuda para evitar comer.

Las limitaciones de este estudio están asociadas al uso de un método cualitativo, sin embargo, usar este método era el más preciso para comprobar la hipótesis planteada (Byrne, Cooper, & Fairburn, 2003).

Por otra parte, **la terapia de esquemas**, a más de poder constituirse en una alternativa de tratamiento, tiene una estrecha relación con la terapia cognitivo conductual, sin embargo esta se enfoca más en experiencias de vida temprana y en cómo estas influyen en el desarrollo y permanencia de los problemas alimenticios mediante la creación de malos esquemas adaptativos (McIntosh, y otros, 2016).

Para profundizar en el análisis de la terapia cognitivo conductual es necesario señalar que se ha demostrado mediante diversos estudios que posee muchos efectos positivos dentro del tratamiento de desórdenes alimenticios. Esto obedece a que con ella se han logrado obtener buenos resultados en el tratamiento de problemas relacionados con el uso de sustancias y con algunas características de la personalidad. Es importante aclarar que los pacientes no acudieron a terapia específicamente por estos problemas, sino que, como se dejó señalado, lo hicieron por problemas vinculados o relacionados y aun así la terapia también tuvo un efecto importante sobre aquellos. Los **cambios de la personalidad** constituyen un importante ámbito dentro de la terapia cognitivo conductual, puesto que con tales cambios se pueden reducir algunos de los síntomas en la patología de la alimentación (Turner, Marshall, Wood, Stopa, & Waller, 2016).

El estudio realizado por Byrne & et al (2011), es uno en los que se menciona la efectividad de la terapia cognitivo conductual para trastornos alimenticios, habiendo sido su propósito el examinar la efectividad de la terapia cognitivo conductual mejorada (Enhanced Cognitive Behaviour Therapy) para tratar este tipo de trastornos, como ya se mencionó anteriormente. En este contexto, la muestra de estudio fue de 125 pacientes que estaban en un programa de salud para el tratamiento de desórdenes alimenticios o que fueron referidos de diferentes profesionales, debían tener más de 16 años y cumplir, además, con los criterios de diagnóstico del DSM para Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa u otros trastornos alimenticios no especificados (excepto trastorno por atracón, el cual no forma parte de este estudio). En cuanto al tratamiento bajo la guía de terapia cognitivo conductual mejorada, todos los pacientes asistieron de 2 a 3 sesiones de evaluación y después de estas se continuo con 20-40 sesiones de tratamiento de 50 minutos de duración; el periodo de tiempo de tratamiento era igual para todos los trastornos, excepto para los casos que presentaban bajo peso, ya que en ellos se trabaja unas sesiones más para incrementar la motivación a fin de que ganaran peso. La etapa inicial del tratamiento se enfocó en lograr el compromiso y educación de los participantes, en tanto que la segunda etapa estaba más bien dirigida hacia la identificación de obstáculos para el cambio y, finalmente, en la etapa tres se trabajó en el cambio de ideas y comportamientos del paciente que mantenían el trastorno alimenticio. De los 125 participantes 34 (27.2%) presentaban Anorexia nerviosa, 40 (32.0%) Bulimia nerviosa y 51 (40.8%) tenían algún trastorno alimenticio no especificado. En lo que al tratamiento se refiere, los participantes indicaron que lo percibían como confiable (mean= 22.28, SD= 4.98) y los que esperaban era que el tratamiento sea útil (mean=19.06, SD= 5.52); de los 125 solo 50 (40.0%) abandonaron el tratamiento, 5 (4.0%) fueron retirados, y 4 (3.2%) transferidos a otro programa.

Al finalizar el estudio se encontró que el 32% de la muestra, es decir 40 de 125, cumplían los criterios para remisión completa, un 8.0% (10/125) demostraron remisión parcial; para los participantes que terminaron todo el tratamiento los resultados fueron más positivos: 56.1% de ellos (37/66) demostraron remisión completa y un 10.6% (7/66) mostraron remisión parcial; esto demuestra que al final del tratamiento al menos un tercio (66.7%) de los pacientes que completaron el tratamiento y un 40% de la muestra total demostraron una mejora gracias al tratamiento con terapia cognitivo conductual mejorada (Enhanced Cognitive Behaviour Therapy).

Entre las limitaciones de este estudio se menciona que hubieron largas listas de espera, alta rotación del personal involucrado, altos niveles de abandono y falta de seguimiento de los pacientes para obtener datos (Byrne, Fursland, Allen, & Watson, 2011).

Turner et al (2016), en su estudio deja constancia de los diversos resultados que comprueban la eficacia de la terapia cognitivo conductual en pacientes con trastornos alimenticios. En el utilizó una muestra de 179 pacientes (166 mujeres y 13 hombres) a quienes se les ofreció un curso cognitivo conductual entre el 2010 y el 2013 en un centro especializado del Reino Unido. Cada uno de los pacientes fue entrevistado usando la examinación de desórdenes alimenticios (Eating Disorder Examination) y fueron diagnosticados con el DSM-IV; de los 179 pacientes 52 (29.1%) presentaron anorexia nerviosa, 51 (28.5%) bulimia nerviosa y 76 (42.4%) un trastorno alimenticio no especificado; la media de la muestra fue de 27.7 años (SD=9.1, rango= 17-53 años); se utilizaron diferentes tipos de medida como la examinación de trastornos alimenticios (Eating disorder examination), el cuestionario de desórdenes alimenticios (Eating disorders examination questionnaire), el cuestionario breve de personalidad (Personality Belief Questionnaire- short form) y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión

(Hospital Anxiety and Depression Scale). La duración de la terapia fue generalmente de 20 sesiones, pero podía variar en el caso de un cambio drástico a un mínimo de 10 sesiones o extendida para los pacientes que presentaban mayor comorbidad o una presentación restrictiva y se les daba un máximo de 540 sesiones; en la sexta sesión a todos los pacientes se les hacía completar los cuestionarios mencionados anteriormente. En cuanto a los resultados se menciona que hubo mejoras significativas desde la sexta sesión de terapia en cuanto a las actitudes frente a la comida, también hubo mejoras dentro de las conductas alimenticias y se lograron observar cambios en cuanto a la personalidad, la ansiedad y depresión.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se menciona la falta de alguna información; una de las más importantes es que dentro del cuestionario de desórdenes alimenticios (Eating disorders examination questionnaire) se retiraron algunos elementos sobre comportamientos alimenticios y el peso, lo cual también puede haber influido en la obtención de información (Turner, Marshall, Wood, Stopa, & Waller, 2016).

Farmacología

El objetivo de la medicación para tratar la obesidad y el sobrepeso debe dirigirse hacia tres mecanismos principales. El primero es reducir la ingesta de calorías y su absorción; el segundo es que se debe incrementar el gasto de energía; y, el tercer mecanismo es el de modular los adipocitos, tomando en cuenta que dentro del organismo existen dos tipos de adipocitos: los BAT (Brown adipose tissue), que son los menos funcionales en las personas obesas, pero que en las personas que no tienen sobrepeso o son obesas ayudan en la quema de grasa y en la termogénesis; y, el segundo tipo de adipocitos que son los WAT (White adipose tissue), responsables de la obesidad y sobrepeso. Lo que la farmacología pretende en estos casos es cambiar los adipocitos

WAT por los BAT y de esta manera ayudar a reducir el peso de los pacientes (Pickett-Blakely & Newberry, 2016).

La medicación en el tratamiento de la obesidad debe ser vista como un tratamiento complementario, generalmente se medica cuando el IMC de una persona supera los 30kg/m²; la FDA (Food and Drug Administration) ha aprobado diversos medicamentos para tratar la obesidad y el sobrepeso, sin embargo muchos expertos de la salud se abstienen de medicar este tipo de medicamentos debido a la mala fama que este tipo de medicinas tienen (McShea, 2017).

Entre los medicamentos más utilizados esta la Fenfluramina, la cual está estrechamente relacionada a la dexfenfluramina que, según la FDA, tiene un alto riesgo de causar enfermedades al corazón y pulmones; otras medicinas relacionadas con la disminución de peso también presentaban un riesgo cardiaco (McShea, 2017).

La eficacia de los tratamientos farmacológicos para la obesidad dependen netamente del individuo, algunos pacientes son considerados como efectivos mientras que otros no lo son; los no efectivos están definidos como pacientes que pierden menos del 5% del peso inicial después de un periodo de doce semanas con la máxima dosis que se pueda administrar, en este caso la medicación debe ser suspendida o cambiada por otra (McShea, 2017).

En síntesis, la medicación como tratamiento para la obesidad y sobrepeso es un campo aun en vías de desarrollo y, en consecuencia, deben tomarse las debidas precauciones, sobre todo en consideración a los efectos adversos que puede conllevar; a más de que su uso debe catalogarse como complementario a la dieta y a la actividad física diaria.

Sin embargo, no es menos cierto que hay estudios que demuestran la eficacia de una terapia farmacológica incluso con intervenciones multidimensionales; en efecto, en la investigación realizada por Wadden et al (2005), se analizó si el uso de la sibutramina ayudaba a la reducción de peso en personas con obesidad, en complemento a un tratamiento multidimensional. Para este fin se configuró una muestra de 180 mujeres y 44 hombres, de 18 a 65 años de edad, que presentaban un IMC de 30-45 kg/m²; los participantes no debían presentar hipertensión (sin control médico), enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, renales, hepáticas, diabetes tipo I O II; y, en cuanto a las mujeres no podían ser elegidas aquellas que estuvieran embarazadas o estuvieran dando de lactar. El procedimiento utilizado para este estudio fue que, en primer lugar, todos los participantes durante la semana cero o la de inicio mantuvieran con normalidad sus hábitos alimenticios y de actividades; después, todos los pacientes recibieron una dieta de déficit alimenticio, la cual contenía de 1200 a 1500 kcal por día, a más de que, aproximadamente, el 15% de la energía se derivaba de proteínas, el 30% o menos se derivaba de grasas y el porcentaje restante de carbohidratos. A todos se les indicó que hicieran ejercicio (caminar) al menos 30 minutos al día la mayoría de días de la semana. Después los pacientes fueron asignados aleatoriamente a uno de los cuatro tratamientos que se describen a continuación:

Solo Sibutramina

50 pacientes

8 visitas cortas (10 a 15 minutos), en las semanas 1,3,6,10,18,26,40,52

En la primera semana se daban 5mg diarios de sibutramina y la dosis se aumentó a 10mg en la semana 3, a 15mg en la semana 6

Se les entregó a los participantes un volante que daba consejos sobre alimentación y actividades saludables

Se registraba el peso y signos vitales en cada visita

Solo modificación del estilo de vida

55 pacientes

Debían asistir semanalmente a reuniones grupales de la semana 1 a la 18. Se utilizó un manual de nutrición y salud para controlar el peso: LEARN (Lifestyle, Exercise, Attitudes, Relationships and Nutrition)

Asistir a sesiones guiadas por un psicólogo de la semana 20 a la 40. Durante este periodo se utilizó una guía: Weight Maintenance Survival Guide

Asistir a controles hasta la semana 52

Terapia combinada

60 Pacientes

Se combinaron los tratamientos del primero y segundo grupo, con la diferencia de que la versión del LEARN (Lifestyle, Exercise, Attitudes, Relationships and Nutrition) fue adaptada para incluir la sibutramina

Sibutramina más Terapia corta

54 pacientes

Recibieron sibutramina y fueron visitados con las mismas condiciones de visita del primer grupo

Se les dio dos manuales de tratamiento y debían completar deberes e incluir información sobre la ingesta diaria de comida y sobre sus actividades.

Del total de la muestra 17% (39) sujetos no completaron el año de tratamiento, las causas de abandono fueron insatisfacción con el tratamiento (22 sujetos) y que tenían problemas con su agenda (5 sujetos), 12 lo dejaron por problemas médicos.

Los resultados obtenidos de este estudio demostraron que al final del año de terapia los sujetos que recibieron terapia combinada perdieron en promedio 12.1 (SD) \pm 9.8 kg, los que solo recibieron subitramina perdieron 5.0 (SD) \pm 7.4 kg, los que solo tuvieron modificaciones en su estilo de vida perdieron 6.7 (SD) \pm 7.9 kg y los que recibieron sibutramina y terapia corta perdieron 7.5 (SD) \pm 8.0 kg. Con sustento en estos resultados, se demostró que la combinación de terapias (estilo de vida y farmacoterapia) obtuvo buenos resultados y ayudó a perder casi el doble de peso que en los otros grupos. Una de las limitaciones que presenta este estudio es que no se pudieron identificar los principales aspectos de la modificación del estilo de vida que ayudaron a perder más peso en los participantes; sin embargo, se enfatiza en que el esfuerzo de los pacientes para cambiar sus hábitos alimenticios juega un rol incluso más importante que el hecho de utilizar farmacoterapia (Wadden, y otros, 2005).

Con respecto a la sibutramina hay otro estudio que apoya su uso, pero está más direccionado hacia el mantenimiento del peso después de la pérdida del mismo. James et al (2000), investigó como la sibutramina puede ser utilizada para mantener una pérdida sustancial de peso durante dos años; la investigación se realizó con una muestra de 605 participantes (107 hombres y 498 mujeres), de los cuales 106 abandonaron el tratamiento, 499 aprobaron la fase de pérdida de peso sin embargo 32 fueron excluidos por no perder lo suficiente; por tanto, 467 fueron aleatoriamente enviados a participar en dos grupos cada uno con una condición diferente, la primera es que al primer grupo se le administro subitramina y la segunda condición es que al segundo se le administro un placebo. Para la primera condición se incorporaron 352 participantes de los cuales 148

abandonaron el tratamiento y solo 204 lo terminaron; en la segunda condición hubieron 115 participantes y 58 abandonaron, solo quedaron 57 que completaron todo el tratamiento. A los referidos pacientes se los reclutó de centros locales de salud, fueron pesados y medidos y una vez aceptados se procedió a su evaluación a fin de conocer sus prácticas alimenticias y su actividad física; una de las indicaciones fue que no podían cenar para poder realizarles los exámenes de las muestras de sangre y orina; los criterios de aceptación para los pacientes eran que debían tener entre 17 y 65 años, con un IMC entre 30 y 45 kg/m², debían ser individuos que presentaran cambios recientes en su peso o enfermedades específicas como mixedema, síndrome de Cushings, diabetes mellitus, enfermedades psicológicas o neurológicas como epilepsia, esquizofrenia, depresión o que presentaran trastornos alimenticios excepto bulimia. Los individuos con los siguientes desordenes eran excluidos: disfunción renal o hepática, historial de falla cardiaca, enfermedad isquémica del corazón, infartos, presión arterial inestable; pacientes que actualmente utilizaran drogas y pacientes hipertensos. Para la investigación hubo dos fases:

Primera fase: 6 meses de pérdida de peso. Debían perder más del 5% del peso inicial y podían tener una pequeña recaída de máximo (2kg) o ninguna recaída en cuanto a su peso.

Segunda fase: Periodo de 18 meses de mantenimiento de peso.

Cuando los pacientes entraron al tratamiento se les prescribió una dieta con un déficit de 600 kcal basada en $\leq 30\%$ de grasa y 15% de proteína, se realizó modificación comportamental y se aconsejó 30 minutos diarios de caminata al día; los participantes recibieron 10 mg de sibutramina diarios y cada uno era revisado por un nutricionista cada dos semanas y por un doctor cada mes, la dieta era ajustada al tercer y sexto mes para cada vez perder más peso; una vez completados los 6 meses se analizaban que

pacientes lograron reducir el peso necesario y después de cumplir esta condición fueron aleatoriamente escogidos para dos condiciones:

Proveer Sibutramina, la cual podía ser aumentada a 15mg si se subía un kilo de peso después de 6 meses, y a 20 mg si había un aumento mayor de peso

Proveer un placebo

Ni los pacientes ni los doctores sabían que pastillas eran sibutramina ni cuales placebo, se brindaba ayuda dietética cada mes, un doctor media mensualmente la antropometría, presión sanguínea y el pulso. Los resultados de esta investigación demostraron que de los 204 pacientes tratados con sibutramina 89 (43%) mantuvieron el 80% o más del peso original al haber pasado los 6 primeros meses de reducción comparado con los 9 (16%) de los 57 pacientes en el grupo placebo ($p \leq 0.001$); de aquellos que entraron a la condición de la sibutramina 142 (69%) mantuvieron al menos el 5% del peso durante los 18 meses, 94(46%) mantuvieron el 10% del peso perdido y 55 (27%) mantuvieron el peso original perdido inicialmente. Una de las limitaciones en este estudio fue que en los porcentajes de logro de mantenimiento de peso no se está midiendo el efecto exclusivamente de la sibutramina puesto que hay otros factores que a la vez se hallan interviniendo como la dieta y la actividad física. En consecuencia, sería necesario realizar un estudio en el cual solo se utilice sibutramina y se compruebe su verdadero efecto, sin la influencia de los otros factores (James, y otros, 2000).

En otro estudio, realizado por Astrup et al (2004), se analiza como el topiromato puede ser eficaz y seguro para mantener el peso, en conjunto con una dieta baja en calorías. El topiromato (TPM) es un medicamento antiepiléptico y estabilizador del ánimo, utilizado para tratar epilepsia, migraña, trastorno limítrofe de la personalidad y en algunos casos para episodios maníacos y trastorno bipolar (American Society of

Health-System Pharmacists, 2017). - En esta investigación, se menciona también que tal medicamento ha sido objeto de estudios clínicos respecto a su aplicación o uso en algunos animales y se ha demostrado que puede ser un efectivo reductor de peso - . Para el estudio se utilizó una muestra de 701 pacientes obesos de entre 18 a 75 años (edad media de los participantes 43.8 años), 76% fueron mujeres y la mayoría fueron blancos ; de ellos 561 (80%) fueron aleatoriamente escogidos para tratamiento después de haber perdido al menos el 8% de su peso inicial durante un periodo de 8 semanas , sin ningún fármaco; de los 561 pacientes 557 fueron incluidos en una “población segura” y , de estos últimos, 293 fueron asignados aleatoriamente para completar el tratamiento antes de lo inicialmente establecido (semana 44) y ser incluidos en la población MITT (población primaria para analizar la eficacia) - lo sucedido se debió a que los patrocinadores del estudio decidieron que éste debía ser terminado antes de lo previsto ; los criterios para aceptar a los pacientes que debían participar fueron que ellos tuvieran un IMC ≥ 30 kg/m² a ≤ 50 kg/m², podían padecer de enfermedades como hipertensión controlada y/o dislipidemia con un régimen estable de medicación, los sujetos con diabetes no podían ser elegidos, tampoco si presentaban problemas cardiovasculares, hepáticos o renales significativos, historia familiar de cálculos renales, enfermedades tiroideas sin controlar, problemas con el sistema nervioso o trastornos psiquiátricos. Durante el estudio y la fase de mantenimiento 75 sujetos (13%) se retiraron debido a un evento adverso, 49 (9%) se retiraron por decisión propia, 7 (1%) por falta de eficacia y 20 (4%) por otras razones.

En el estudio hubieron cuatro fases:

8 Semanas de enrolamiento: participaron los 701 sujetos y tenían que bajar de peso en al menos el 8% de su peso corporal sin medicamentos y solo con una dieta baja en calorías.

Semana cero: participaron los sujetos que lograron bajar el 8% del peso corporal, contabilizándose 557, de estos 293 conformaron el grupo MITT. Con los 557 participantes se realizó el tratamiento de doble ciego y de manera aleatoria fueron asignados a una de las siguientes tres condiciones:

Placebo (n=187), 157 (85%) abandonaron

Topiromato 96mg/d (n=190), 159 (84%) abandonaron

Topiromato 196 mg/d (n=184), 152 (84%) abandonaron

Valoración (semanas 1-8): todos los participantes que estuvieron en los grupos con TPM, empezaron con una dosis de 16 mg en la mañana por una semana, después en la segunda semana se subió la dosis a 16 mg en la mañana y en la noche, cada semana después de la segunda se iba subiendo la dosis en 32mg/d (en dos dosis divididas) hasta alcanzar la dosis deseada, esto sucedió en la cuarta semana para el grupo que debía mantener una dosis de 96 mg/d y a la séptima semana para el grupo que debía mantener una dosis de 192 mg/d; después, los sujetos mantenían esa dosis por las siguientes 52 semanas, cuando se completara este periodo de tiempo la medicación se reducía por dos semanas

Periodo de mantenimiento (semana 9-52)

Los resultados de esta investigación demostraron que durante las 8 semanas de enrolamiento en las que debían bajar de peso solo con dieta, los participantes del grupo MITT experimentaron una reducción de peso similar: 10.6%(11.6kg) para los de placebo, 10.9% (11.9kg) para los de 96 mg/d y 10.8% (12.3kg) para los que estuvieron en 192mg/d. Desde el enrolamiento (8 semanas de dieta baja en calorías) hasta la semana 44, el TPM había reducido significativamente el peso de los participantes en 15.4% (17.0kg) para los 96mg/d y 16.5% (18.7kg) para los de 192mg/d, en

comparación al grupo placebo 8.9% (9.9kg) ($p \leq 0.001$). Después de completar las 8 semanas de dieta sin uso de fármacos, todos los grupos presentaron una pérdida de peso de al menos 11% de su peso corporal, sin embargo los sujetos que estuvieron en los dos grupos con TPM no solo demostraron que podían mantener su peso más estable en comparación a los del grupo placebo, sino que continuaron perdiendo más peso durante las 44 semanas; en comparación con los sujetos del grupo placebo ellos no pudieron mantener el peso que habían obtenido después de las 8 semanas de dieta sino que, además, a partir de la semana 24 comenzaron a ganar de nuevo peso. Otro resultado interesante de la investigación fue que el grupo de 96 mg/d y de 196 mg/d presentaron una eficacia similar en el mantenimiento del peso.

Una de las limitaciones más importantes de este estudio es el uso de TPM, aunque tiene excelentes resultados tanto en disminución del peso como en el mantenimiento de un peso normal; este medicamento tiene una restricción por parte de la “Food and Drug Administration MedWatch”, ya que puede llegar a causar hipercloremia (disminución del suero bicarbonatado), por lo que es indispensable programar controles periódicos y tomar en cuenta que no puede ser utilizado en todas las personas (Astrup, y otros, 2004).

Tratamientos de pérdida de peso

Para la pérdida de peso existe una amplia gama de procedimientos y métodos, sin embargo, nos restringiremos a la revisión de los que se consideran los más importantes en las diversas áreas de la salud.

En primer lugar y como método más eficaz esta la cirugía bariátrica. Para realizar este tipo de cirugía el paciente debe presentar un IMC mayor o igual a 40 kg/m^2 o también un IMC de 35 kg/m^2 , así como otras enfermedades vinculadas a la obesidad;

y, que haya pasado por un tratamiento de al menos seis meses, que no haya funcionado (McShea, 2017).

Este método es uno de los más utilizados, tanto que, según la información revisada, solo en Estados Unidos las cirugías bariátricas en 1998 eran aproximadamente 13,386 y para el año 2008 crecieron hasta llegar a 220,000. A más de este procedimiento también existen cirugías como la RYGB (Roux-en-Y gastric bypass) y la VSG (Vertical Sleeve gastrectomy), que son otras de las intervenciones que más se practican. Gracias a la tecnología, en la actualidad hay intervenciones menos invasivas como la LAGB (Laparoscopic adjustable gastric band) y la BPD (Biliopancreatic diversion) (McShea, 2017).

La mayoría de intervenciones anteriormente señaladas tienen como objetivo influir sobre el estómago o la parte anterior a este, y de esta manera incidir en el proceso para la reducción del peso. Hay otro tipo de intervención sobre el estómago mediante dispositivos que ocupen espacio dentro de este, un ejemplo es el OIB (Orbera intragastric balloon) y el RDB (Reshape dual balloon), cuyo objetivo es crear un método de reducción del hambre y por tanto una menor ingesta de comida (Pickett-Blakely & Newberry, 2016).

Dentro de las estrategias más utilizadas, con resultados asegurados, están las dietas que crean un déficit energético, esto es que consigan que la energía que utilice nuestro cuerpo sea mayor a la energía que ingiere; lo cual sugiere directamente que dentro de los hábitos de estilo de vida se implemente una dieta y ejercicio (Ard, Miller, & Kahan, 2016).

Existen tres factores principales que intervienen en el gasto diario de energía: la tasa metabólica en reposo (TMR) , el gasto energético de la actividad (GEA) y el

efecto térmico de los alimentos (ETA); en las personas que mantienen una vida sedentaria el TMD ocupa dos tercios del gasto diario de energía, en tanto la GEA solo participa en un 15% o 25% y la TMD ocupa el porcentaje restante que puede ser de 10% a 8%; es muy necesario conocer a profundidad lo relacionado con estos factores y sus porcentajes, ya que solo mediante un análisis completo de ellos podemos crear una mejor estrategia en la dieta, tomando en consideración que cuando hay una mayor ingesta de energía de la que se utiliza aparece la obesidad y el sobrepeso (Ard, Miller, & Kahan, 2016).

Los cambios dentro de la dieta para reducir la ingesta de calorías y por tanto disminuir la ingesta de energía se la puede hacer mediante varios métodos que pueden ser: reducir el tamaño de las porciones, usar productos sustitutos de algunos alimentos por otros que proporcionen menos energía, aumentar el número de comidas diarias, incluir alimentos que tengan mayor cantidad de nutrientes y que aporten menos energía; todos estos cambios dentro de la dieta forman parte de la base de guía de dietas realizada en el año 2010, que se la utiliza para tener un manejo controlado del peso corporal (Ard, Miller, & Kahan, 2016).

Existen otros tipos de terapias que se pueden utilizar para tratar la obesidad y sobrepeso, a continuación, en la Tabla 1, se las explica detalladamente.

Terapias alternativas o complementarias para tratar la obesidad			
Tipo de intervención	Descripción	Objetivo	Aplicación
Hipnoterapia	Consiste en la inducción a un estado de trance en el cual se aplica el uso de sugestión terapéutica	Se utiliza para promover una dieta saludable y hábitos de ejercicio, reduce el estrés que causa que las personas coman tanto	Se aplica en combinación con psicoterapia cognitivo conductual
Acupuntura	Es un antiguo arte de China, en el cual se colocan agujas en puntos de presión específicos del cuerpo	Trata de alterar la transmisión de señales neurológicas relacionadas con la saciedad y el apetito, también ayuda a reducir el estrés	Puede ser aplicada sola o con otro tipo de prácticas alternativas
Prácticas de conciencia plena (Mindfulness)	Consisten en un entrenamiento de la conciencia, en el cual el paciente toma distancia de pensamientos y comportamientos habituales y trata de enfocarse en el presente y generar respuestas más adaptativas al ambiente en el que se encuentra	Permite al paciente reducir el estrés y además le ayuda a tener conciencia sobre decisiones más saludables sobre su estilo de vida	Puede ser aplicado mediante varios métodos como: Yoga, Meditación, entrenamiento de conciencia al momento de comer
Suplementos en la dieta	Son productos que se ingieren y contienen suplementos para la dieta como vitaminas, minerales, aminoácidos, los cuales están destinados a mejorar los valores nutricionales dentro de la dieta	Tiene múltiples propósitos como la reducción del apetito, inhibición de absorción de nutrientes, estimulación metabólica y suprimir la síntesis de grasa	Los suplementos se ingieren de manera oral y se los combina con una dieta saludable

Tabla 1: Terapias alternativas o complementarias para tratar la obesidad. Adaptado de (Cuadro & Baile, 2015).

Sin embargo y a pesar de que existan diversos tipos de tratamiento frente a las condiciones de obesidad y sobrepeso tratadas en esta investigación, hay evidentemente

algunas realidades y limitantes que deben ser superadas y tomadas en cuenta, así, en

Bastos (2005) se menciona que:

“Ciertamente resulta muy complicado establecer pautas fijas para una población donde los hábitos de vida, las necesidades, las condiciones, los gustos y los objetivos que pueden ser alcanzados son muy heterogéneos”.

Metodología y diseño de la investigación

El presente trabajo tiene como propósito que se llegue a investigar cuales son los factores de éxito que se atribuyen a un bajo peso a largo plazo (5 años) para hispanos que presentaban obesidad o sobrepeso, dentro de un esquema metodológico cualitativo fenomenológico exploratorio.

Justificación de la metodología seleccionada

Al utilizar en este estudio un diseño de esquema metodológico cualitativo fenomenológico exploratorio, se pretende conseguir la generación de datos e información descriptiva, que incluyan a importantes elementos como: conductas observables; y, las propias palabras de los sujetos que se sometan a investigación ya sean de manera escrita o hablada. Además, hay que tomar en cuenta que al ser este un tipo de investigación más flexible, permite que el estudio en general se maneje con preguntas brevemente formuladas y que se puedan ir cambiando ciertos conceptos con el fin de beneficiar la dirección del estudio (Taylor & Bodgan, 2000).

La razón por la que fundamentalmente se escogió este tipo de diseño es porque permite al investigador adentrarse en el contexto de la investigación e involucrarse con los sujetos a ser estudiados o analizados, lo que no los reduce a simples variables sino que, por el contrario, los considera como partes de un todo, particularidad con la que se puede obtener más información sobre su pasado y la situación actual por la que están atravesando. Uno de los mayores beneficios dentro de los estudios cualitativos es que las palabras, opiniones, pensamientos, no se ven simplificados a datos numéricos o ecuaciones, sino que se enfocan dentro del complejo aspecto humano de las personas y así nos transfieren otro tipo de conocimiento que abonan a la consecución de resultados mucho más diversos y con potencialidad para que se pueden aplicar a otras personas que atraviesan por la misma o similar situación (Taylor & Bodgan, 2000).

A la vez, el que al presente estudio se lo diseñe bajo un esquema de investigación cualitativo fenomenológico exploratorio, obedece al hecho de que al investigador le permite experimentar la realidad de la misma manera o en forma similar a como la viven los sujetos de la investigación y a relacionarse con ellos para comprender de mejor manera los sucesos, ver con diferentes perspectivas y observar en condiciones iguales a todos los sujetos (Taylor & Bodgan, 2000). Con el enfoque fenomenológico se pretende demostrar o explicar de mejor manera la esencia de las experiencias de los sujetos investigados (Rodriguez Gomez, Gil Flores, & Garcia Jimenez, 1996).

En conclusión, el referido diseño tiene la bondad de que permite al investigador y al sujeto de investigación permanecer muy cercanos al mundo empírico, del cual el investigador obtiene un conocimiento directo sin que en una primera instancia sea afectado por la filtración que necesariamente producen los esquemas conceptuales establecidos o existentes, como son, por ejemplo, las definiciones preestablecidas o las escalas que permiten clasificar los diferentes componentes encontrados (Taylor & Bodgan, 2000).

Finalmente, y aun cuando resulte reiterativo, se deja constancia que el propósito de esta investigación es, en síntesis, encontrar cuales son los principales factores que pueden ayudar a mantener un peso estable en personas que anteriormente tuvieron obesidad o sobrepeso; así como el mejor y mayor conocimiento de dichos factores para que con tal bagaje de información se logre la aplicación de óptimas terapias o tratamientos psicológicos y de otro orden en beneficio de otras personas que actualmente padecen de obesidad o sobrepeso.

Herramientas de investigación

Se utilizara una entrevista semiestructurada, que permita obtener información de variado tipo y naturaleza y en la que los participantes puedan describir sus propias experiencias sin influencia o direccionamiento de ningún tipo. En efecto, las entrevistas semiestructuradas presentan un orden preestablecido, bastante flexible, que brindan a los encuestados la posibilidad de adaptarse; tienen un conjunto de categorías u opciones que dan libertad al sujeto investigado para que las elija; y, se la aplica por igual a todos los participantes. Las entrevistas tienen la ventaja especial de que se realizan bajo un esquema que permite que el entrevistador pueda aclarar información dada por el entrevistado - como términos, identificación y esclarecimiento de aspectos ambiguos y reducción de formalismos (Diaz Bravo, Torruco Garcia, Martinez Hernandez, & Varela Ruiz, 2013).

Las entrevistas semiestructuradas a más de que posibilitan conocer de cerca la experiencia que los encuestados han vivido, son bastante flexibles y permiten, de considerarse necesario, que el investigador pueda recopilar mayor información, realizar la aclaración de términos o de ambigüedades, no limitar las respuestas de los entrevistados ; características que facilitan la administración integral de eventos que pudiendo ser similares en los investigados, poseen, sin embargo, perspectivas individuales diferentes. Durante las entrevistas se utiliza una grabadora de voz, instrumento valioso que permite luego volver a escuchar cada entrevista y transcribirla, convirtiéndose en un medio complementario para no perder ningún tipo de información que haya sido mencionada de manera hablada y para contrastarla con el contenido escrito que forme parte de la entrevista.

Participantes

Debido al tipo de estudio a realizarse y a la flexibilidad que caracteriza a las entrevistas, el número de participantes puede ser variable, aunque es común comenzar con una idea general de cuantas personas serán encuestadas y el modo de encontrarlas; sin embargo, esto puede cambiar dependiendo de los resultados que se vayan obteniendo (Rodriguez Gomez, Gil Flores, & Garcia Jimenez, 1996).

Según Rodriguez et al (1996), dentro del muestreo teórico el número de casos que se estudien en realidad no tiene mucha importancia, lo esencial es el potencial que demuestre cada caso y la información que cada uno arroje en beneficio de la investigación y desarrollo del estudio (Rodriguez Gomez, Gil Flores, & Garcia Jimenez, 1996).

Para nuestro estudio se plantea elegir una muestra de 16 personas que antes hayan tenido sobrepeso u obesidad, es decir que han presentado un IMC igual o superior a 25 kg/m² (sobrepeso) y un IMC igual o superior a 30 kg/m² (obesidad), y que actualmente tengan un peso normal, mantenido por un periodo mínimo de cinco años continuos. Para obtener el número adecuado de participantes se asistirá a diferentes consultorios de nutrición o áreas dedicadas a nutrición en hospitales de Quito y se entregara un volante en el cual se especifique que la tipología de participantes es la que reúne las condiciones inicialmente señaladas. Los participantes que respondan al volante serán entrevistados inmediatamente a fin de comprobar que cumplan con los requisitos y parámetros de inclusión para el estudio y una vez realizado este procedimiento se les informara de que se trata la investigación y cuál es el propósito de la misma; se les entregara un consentimiento informado, el cual deben firmarlo para poder empezar la investigación.

Criterios de inclusión

Edad adulta de más de 25 y menos de 65 años

Que hayan logrado mantener un peso estable por más de cinco años continuos

Haber tenido sobrepeso u obesidad, es decir que hayan presentado un IMC igual o superior a 25 kg/m² (sobrepeso) y un IMC igual o superior a 30 kg/m² (obesidad)

Criterios de exclusión

Los siguientes participantes no serán incluidos dentro de la muestra:

Que tengan menos de 25 o más de 65

Que hayan logrado mantener un peso estable pero volvieron a entrar dentro de la categoría de sobrepeso u obesidad dentro de cinco años

Que actualmente presenten obesidad o sobrepeso

Procedimiento de recolección y análisis de datos

Para realizar el reclutamiento de los participantes, en primer lugar se enviara una carta a la administración del hospital, o se generaran acuerdos hablados en el caso de que se visiten los consultorios de los nutricionistas para obtener las debidas autorizaciones y entregar los volantes con la información respectiva. Una vez que los participantes respondan a los volantes serán seleccionados mediante muestreo simple.

Ya seleccionados los 16 participantes que cumplan con todos los requisitos, se los contactara vía email y entregará toda la información necesaria sobre el estudio. Los participantes seleccionados serán recompensados con 15 dólares por el tiempo invertido.

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizara un método comparativo constante, según Glaser & Strauss (1967), citados en Maykut & Morehouse (1994), este

es una combinación de codificación de categoría inductiva con una comparación simultánea de todas las unidades de medida; según se vayan obteniendo nuevas unidades de significado para analizar, estas se van comparando con otras unidades de significado y de esta manera se van agrupando (categorización y codificación) con otras unidades con similar significado ; en el caso de que no hubieran unidades similares se crean nuevas categorías: Lo bueno de utilizar este método es que permite refinar los significados de manera continua, las categorías iniciales pueden ser cambiadas, unidas u omitidas, pueden crearse nuevas categorías y también encontrarse nuevas relaciones (Maykut & Morehouse, 1994).

En la categorización y codificación el investigador propondrá una lista de categorías que darán una reconstrucción razonable de la información recolectada, se irán encontrando determinados patrones en las respuestas y según esto se crearán las categorías (Maykut & Morehouse, 1994).

En este trabajo de investigación se irán creando las categorías de codificación según los factores de éxito que han encontrado las personas para mantener un peso normal, entre las categorías se puede presuponer que aparecerán algunas como: factores alimenticios, actividad física, tratamientos o terapia, farmacología y otras alternativas; de igual manera podemos suponer que se obtendrán y se podrán distinguir categorías como: factores principales (repetición mínima de 12 veces dentro de las 16 entrevistas) y factores secundarios (repetición mínima de 6 a 10 veces dentro de las 16 entrevistas) que ayudaron al mantenimiento de un peso normal; los factores para ser mejor analizados y tener una contabilidad exacta serán tabulados, lo que nos permitirá ver su frecuencia (Maykut & Morehouse, 1994).

Consideraciones éticas

Dentro de esta investigación se respetaran las diversas consideraciones éticas, fundamentalmente la confidencialidad de los sujetos a estudiarse, lo cual asegurara su anonimato dentro del estudio, al igual que de la información que se obtenga (Código de Ética APA 4.01, Mantener la confidencialidad).

Se entregara un consentimiento informado a todos los participantes y serán notificados de que su participación es voluntaria y que, además, pueden retirarse de la investigación en cualquier momento si lo creen necesario (Código de Ética APA 8.02, Consentimiento informado para la investigación).

Los datos obtenidos serán confidenciales y utilizados solo para la investigación; además se les notificara a todos los participantes cuando pueden acceder a los resultados obtenidos y se aclarara cualquier inquietud que tengan (Codigo de Etica APA 8.08, Información (Debriefing)).

También se requerirá las autorizaciones previas de los nutricionistas o del hospital para encontrar o conseguir a los sujetos de investigación y realizarles las encuestas semi estructuradas (Código de Ética APA 8.01, Autorización Institucional); en cuanto a la entrevista semiestructurada será adaptada al idioma de preferencia y competencia del sujeto a investigarse (Código de Ética APA 9.02 (b), Uso de las evaluaciones).

Además, se deberá obtener permiso de los participantes para poder grabar las entrevistas (Código de Ética APA 4.03, Permiso para grabar), y, adicionalmente, se les hará firmar un consentimiento informado para poder grabar las voces durante las entrevistas; esto permitirá obtener la mayor cantidad de información posible y no perder ningún dato que haya sido mencionado y no escrito en la entrevista (Código de Etica

APA 8.03, Consentimiento informado para la grabación de voces e imágenes en investigación).

Debido a que se entregara a los investigados una remuneración como compensación por su participación, ellos deben ser informados que esta práctica no constituye una forma de coerción, a más de aclararles todos los riesgos, obligaciones y limitaciones que su participación conlleva (Código de Ética APA 8.06, Ofrecer retribución económica en investigaciones) (American Psychological Association, 2017 (2))

RESULTADOS ESPERADOS

En este acápite se espera plasmar la o las respuestas a la pregunta de la investigación aquí planteada. Mediante el análisis de los resultados cualitativos, revisando su categorización y tabulación, se darían a conocer cuáles son los factores de éxito más importantes que ayudaron a mantener un peso normal en hispanos que en el pasado presentaron obesidad o sobrepeso mediante del estudio a 16 participantes que hayan tenido sobrepeso u obesidad, es decir que hayan presentado un IMC igual o superior a 25 kg/m² (sobrepeso) y un IMC igual o superior a 30 kg/m² (obesidad).

Se estima posible llegar a contrastar los resultados obtenidos en esta investigación con aquellos expuestos en artículos científicos que han sido ya citados dentro del marco conceptual y en los que se ha encontrado que en investigaciones similares hay varios factores que han ayudado a mantener un peso normal en personas que antes eran obesas.

Uno de estos estudios es el de Byrne, Cooper & Fairburn (2003), en el que se demuestra que hay tres factores esenciales que ayudan a mantener el peso y que dentro de estos factores hay diversas estrategias que fueron las más utilizadas por los participantes: el primer factor es el comportamental, en el cual hay estrategias como adherirse a una dieta baja en grasas (87%), realizar actividad física diaria (73%), monitorear el peso frecuentemente (73%), responder rápidamente cuando se detecta ganancia de peso (73%); el segundo factor encontrado fue el cognitivo, en donde podemos hallar el planteamiento de metas y satisfacción en relación al peso: cumplimiento de metas respecto al peso (60%), estar satisfechos con su nuevo bajo peso (87%), haber logrado otras metas aparte del peso (87%), una completa autoevaluación basada en la vigilancia de peso y forma (13%), alto grado de vigilancia en consideración

al control del peso (93%), beneficios del mantenimiento del peso informados superan el esfuerzo involucrado (93%), forma de pensamiento dicotómica (7%), responder a eventos adversos de la vida comiendo (20%); y el tercer y último factor es el afectivo, el cual contiene solo una estrategia: alimentación utilizada como regulador del estado de ánimo o como distracción (20%), estos porcentajes fueron los que obtuvieron las personas que sí lograron mantener su peso normal. En tanto que los porcentajes de las personas que volvieron a ganar peso fueron:

Factores comportamentales:

Adherirse a una dieta baja en grasas (0%)

Realizar actividad física diaria (7%)

Monitorear el peso frecuentemente (40%)

Responder rápidamente cuando se detecta ganancia de peso (0%)

Factores cognitivos:

Cumplimiento de metas respecto al peso (40%)

Estar satisfechos con su nuevo bajo peso (40%)

Haber logrado otras metas aparte del peso (30%)

Una completa autoevaluación basada en la vigilancia de peso y forma (73%)

Alto grado de vigilancia en consideración al control del peso (7%),

Beneficios del mantenimiento del peso informados superan el esfuerzo involucrado (13%)

Forma de pensamiento dicotómica (73%)

Responder a eventos adversos de la vida comiendo (91%)

Factores afectivos:

Alimentación utilizada como regulador del estado de ánimo o como distracción
(90%)

(Byrne, Cooper, & Fairburn, 2003)

El estudio mencionado anteriormente fue cualitativo y tiene propósitos similares a los planteados en el estudio por realizarse, por lo que puede ser considerado como una buena base tanto en metodología como en la futura obtención de resultados.

Otro de los factores que también se espera obtener dentro de los resultados es la utilización de algún tipo de fármaco. En el estudio revisado de James et al (2000), se demostró como la sibutramina puede ayudar a mantener un peso normal en personas que lograron bajar de peso; los 89 participantes que utilizaron este fármaco reportaron haber mantenido 80% o más del peso que originalmente perdieron, en comparación al grupo placebo, en el cual solo 9 o el 16% de los participantes lograron mantener el peso que habían perdido y el resto volvieron a ganar peso.

Al utilizar la entrevista semiestructurada se espera obtener como resultado una amplia gama de factores, para luego categorizarlos y encontrar los más comunes o los que se considere que muestren algún tipo de patrón y así poder adecuarlos o incluirlos en un tratamiento que ayude a mantener un peso normal en las personas que no lo han podido lograr.

DISCUSIÓN

Aunque el presente estudio pretende obtener los factores de éxito que han permitido mantener un peso normal en personas que antes tuvieron obesidad o sobrepeso y que una vez analizados se establezca cuáles han sido los de mayor relevancia para ser incluidos en algún tipo de tratamiento, ya sea para reducir la obesidad y el sobrepeso o para ayudar a mantener un peso normal en personas que no logran este objetivo, ciertamente es preciso tomar en cuenta que, como lo afirma Wing & Hill (2001), es difícil – y lo será también en esta ocasión - dar un criterio que defina éxito en cuanto al mantenimiento de peso, por lo que propuso considerar como exitoso el mantenimiento del peso si una persona puede en primer lugar reducir al menos el 10% de su peso inicial y lograr mantener este peso durante el periodo de un año (Wing & Hill, 2001) ; propuesta que es de esperarse sea corroborada en este estudio.

Igual reflexión y conclusión es válida para este estudio respecto a todo lo que se ha extraído ya de la Montesi et al (2016), que menciona que el mantenimiento del peso perdido está influenciado por diversos factores ambientales, biológicos, comportamentales y cognitivos, de los cuales aún se tiene muy poco conocimiento; que la interacción de estos factores con el individuo puede dar una explicación razonable de porque un alto índice de personas después de haber tenido un periodo exitoso de pérdida de peso vuelven a ganarlo y no pueden mantenerlo de manera eficaz; que investigaciones recientes han demostrado que una comprensión del estilo de vida de las persona nos puede ayudar a crear programas que combinen dieta, actividad física e intervenciones terapéuticas (específicamente con las cogniciones y conductas) de suerte que nos permita mejorar la adhesión de los pacientes a un tratamiento a largo plazo (Montesi, y otros, 2016).

En esta misma línea de razonamiento se enmarcaría lo relacionado con los tratamientos revisados aquí y que nos demuestran que existen diversas alternativas para reducir el peso tanto en personas con obesidad como en las que padecen sobrepeso, utilizando distintos tratamientos como: procedimientos quirúrgicos, farmacología, terapia, entre otros; sin embargo el problema esencial no siempre recae en el hecho de bajar de peso sino en el mantenimiento del mismo después de haberlo reducido. Como se menciona en Calugi et al (2016), muchos de los individuos tienen éxito reduciendo su peso sin embargo son incapaces de mantenerlo bajo o estable; esto remarca la importancia de detectar factores que puedan utilizarse a largo plazo y que pueden intervenir en diferentes ámbitos (Calugi, Marchesini, El Ghoch, Gavasso, & Grave, 2016).

Limitaciones del estudio

Las potenciales limitaciones tendrían diferente causalidad y entre otras podrían ser: que la muestra haya sido relativamente pequeña, debido a que solo se analizaran 16 sujetos de 25 a 65 años de una clase socioeconómica media-alta de la ciudad de Quito; por lo cual los hallazgos obtenidos serían de referencia sólo para el grupo investigado y no para proyectarlos a la generalidad de la población ecuatoriana; y, que por cuanto se requiere de los sujetos escogidos el haber estado con obesidad y sobrepeso y mantenido un peso normal por un periodo de cinco años, se esperaría por ello que el tiempo aquí establecido sea un elemento que influya para que las personas perciban de manera diferente que los ha ayudado y, en consecuencia, afectar los resultados esperados del estudio.

Recomendaciones para futuros estudios

La necesidad de tomar en cuenta las limitaciones del estudio actual será una condición importante para que se reduzcan a futuro tanto el alcance y efecto de los eventuales errores de apreciación cuanto la no confiabilidad o la menor validez de los resultados.

Su retroalimentación induciría a decidir y concretar un estudio más amplio a partir de una muestra de investigados muy representativa de la población ecuatoriana, que no se halle restringida a un solo estrato económico-social sino que incorpore a todos los existentes, incluyendo también la clasificación de estratos por rangos de edad, habida cuenta que hay serios indicios y cifras estadísticas de la prevalencia de obesidad y sobrepeso en infantes y en adolescentes, que aumenta rápidamente en el Ecuador.

Solo así se lograría alcanzar mejores y robustas bases para determinar los factores de obesidad y sobrepeso presentes en cada uno de los referidos estratos y la objetividad de los respectivos tratamientos y terapias.

Sin embargo, resulta obvio que este reto debe ser asumido por el Estado a través de las entidades gubernamentales vinculadas a esta problemática de salud pública, antes de que se transforme en una pandemia.

Un estudio complementario que es recomendable hacerlo, es el inherente a que, con otro enfoque, se investiguen cuáles son los factores que han provocado una recaída o un aumento de peso en personas que antes tenían obesidad o sobrepeso y que luego de lograr reducirlo volvieron a ganar peso y lo aumentaron.

REFERENCIAS

- Burbano, J., Fornasini, M., & Acosta, M. (2003). Prevalencia y factores de riesgo de sobrepeso en colegialas de 12 a 19 años en una región semiurbana del Ecuador. *Revista Panamericana Salud Publica*.
- Monterrey Gutierrez, P., & Porrata Maury, C. (2001). Procedimiento gráfico para la evaluación del estado nutricional de los adultos según el índice de masa corporal. *Revista Cubana Alimentación y Nutrición*, 62-7.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (29 de Noviembre de 2017 (2)). *American Psychological Association*. Obtenido de Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct: <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- American Society of Health-System Pharmacists. (28 de Noviembre de 2017). *MedlinePlus*. Obtenido de Topiromato: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a697012-es.html>
- Ard, M. D., Miller, P., & Kahan, M. (2016). Nutrition interventions for Obesity. *Medical Clinics of North America*.
- Arroyo-Johnson, C., & D. Mincey, K. (2016). Obesity Epidemiology. *Gastroenterol Clinics*, 571-579.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Astrup, A., Caterson, I., Zelissen, P., Guy-Grand, B., Carruba, M., Levy, B., . . . Fitchet, M. (2004). Topiramate: Long-Term Maintenance of Weight Loss Induced by a Low-Calorie Diet in Obese Subjects. *Obesity research*.
- Bastos, A. A., Gonzales Boto, R., Molinero Gonzales, O., & Salguero del Valle, A. (2005). Obesidad, Nutrición y Actividad Física. *Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y del deporte*, 140-152.
- Berthoud, H. R., & Klein, P. (2017). Advances in obesity: Causes, Consequences and therapy. *Gastroenterology*.
- Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 219-226.
- Byrne, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*, 955-962.
- Calugi, P. S., Marchesini, M. G., El Ghoch, M. M., Gavasso, R. I., & Grave, M. R. (2016). The Influence of Weight-Loss Expectations on Weight Loss and of Weight-Loss Satisfaction on Weight Maintenance in Severe Obesity. *Journal of the academy of nutrition and dietetics*.

- Carrasco N, F., Reyes S, E., Rimler S, O., & Rios C, F. (2004). Exactitud del indice de masa corporal en la prediccion de la adiposidad medida por impedanciometria bioelectrica. *Archivos Latinoamericanos de nutricion*, 54(3).
- Cordella, P. (2008). ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM-IV)? *Revista Chilena de Nutricion*.
- Cuadro, E., & Baile, J. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Mexican journal of eating disorders*, 97-107.
- Diaz Bravo, L., Torruco Garcia, U., Martinez Hernandez, M., & Varela Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinamico. *Elsevier: Investigacion en Educacion Medica*, 162-167.
- Etxebarria, X., López, M., & Aurrekoetxea, J. (2013). Obesity and overweight. An assessment of the effectiveness of a public health intervention. *Anales de pediatria*, 379-386.
- Freire, W., Ramírez-Luzuriaga, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva-Jaramillo, K., Romero, N., . . . INEC, I. (2012). Encuesta. En W. B. Freire, M. J. Ramírez-Luzuriaga, P. Belmont, M. J. Mendieta, K. Silva-Jaramillo, N. Romero, . . . INEC, *Encuesta Nacional de salud y Nutricion ESANUT-ECU 2012* (pág. 722). Quito.
- Grave, D. R., Melchionda, N., Caluigi, S., Centis, S., Tufano, A., Fatati, G., . . . Marchesini, G. (2005). Continuous care in the treatment of obesity: an observational multicentre study. *Journal of Internal Medicine*, 265-273.
- Grave, R. D., Calugi, S., Magri, F., Cuzzolaro, M., Dall'Aglio, E., Lucchin, L., . . . Group, Q. S. (2005(2)). Weight Loss Expectations in Obese Patients Seeking Treatment at Medical Centers. *Obesity research*, 115-124.
- Guerdjikova, P., Mori, N., Casuto, L., & Mc Elroy, M. (2017). Binge Eating Disorder. *Psychiatric clinics of North America*.
- Gutiérrez Valverde, J., Guevara Valtier, M., Enríquez Reyna, M., Paz Morales, M., Hernández del Ángel, M., & Landeros Olvera, E. (2017). Study of families: Environmental and Cultural Factors associated with Overweight and Obesity. *Revista electronica trimestral de Enfermeria*.
- Hawkesworth, S. (2013). Obesity: Definition, Etiology, and Assessment. *Elsevier*, 389-392.
- James, W., Astrup, A., Finer, N., Hilsted, J., Kopelman, P., Rössner, S., . . . Van Gaal, L. (2000). Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. *The Lancet*, 23-30.
- Klem, M. L., Wing, R., R, Lang, W., Mc Guire, M. T., & Hill, J. O. (2000). Does Weight Loss Maintenance Become Easier Over Time? *Obesity research*.
- Martinez, J., Moreno, M., Marques-Lopes, I., & Marti, A. (2002). Causas de obesidad. *ANALES Sis San Navarra*, 17-27.

- Maykut, P., & Morehouse, R. (1994). *Begining Qualitative Research, A philosophic and practical guide*. New York: Routledger Falmer.
- McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy ,appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Research*, 412-420.
- McShea, S. (2017). Obesity: "Can the battle be won?". *Physician Assistant Clinics*, 87-106.
- Meldrum, M. D., Morris, M. M., & Gambone, D. J. (2017). Obesity pandemic: causes,consequences, and solutions—but do we have the will? *Fertility and sterility*, 833-839.
- Ministerio de Salud Publica. (27 de Noviembre de 2017). *Ministerio de Salud Publica*. Obtenido de MSP informa sobre las estrategias de promoción de alimentación saludable en el sistema nacional de educación: <http://www.salud.gob.ec/msp-informa-sobre-las-estrategias-de-promocion-de-alimentacion-saludable-en-el-sistema-nacional-de-educacion/>
- Montesi, L., El Ghoch, M., Brodosi, L., Calugi, S., Marchesini, G., & Grave, R. (2016). Long-term weight loss maintenance for obesity: a multidisciplinary approach. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 37-46.
- Moreno, D. M. (2012). Definicion y clasificacionde la obesidad. *Revista Medica Clinica Condes*, 124-128.
- OMS, Organizacion mundial de la salud. (22 de Noviembre de Junio de 2016). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de Centro de prensa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Perri, M., Nezu, A., McKelvey, W., Shermer, R., Renjilian, D., & Viegner, B. (2001). Relapse Prevention Training and Problem-Solving Therapy in the Long-Term Management of Obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 722-726.
- Pickett-Blakely, M., & Newberry, M. (2016). Future therapies in obesity. *Gastroenterologic Clinic North America*.
- Rodriguez Gomez, G., Gil Flores, J., & Garcia Jimenez, E. (1996). *Metodologia de la investigacion cualitativa*. Malaga: Ediciones Aljibe.
- Ryan, M. D. (2016). Guidlines for Obesity Managment. *Endocrinology Metabolism Clinics of North America*, 501-510.
- Salgado, D. N. (27 de Abril de 2017). En Ecuador la cirugía bariátrica es cada vez más accesible para el paciente. (J. Vetelanga, Entrevistador)
- Taylor, S. J., & Bodgan, R. (2000). *Introduccion a los metodos cualitativos de investigacion*. España: Paidos Iberica.

- Turner, H., Marshall, E., Wood, F., Stopa, L., & Waller, G. (2016). CBT for eating disorders: The impact of early changes in eating pathology on later changes in personality pathology, anxiety and depression. *Behaviour Research and therapy*, 1-6.
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & vonHauswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 294-299.
- Villarejo, C., Fernández, F., Jiménez-Murcia, S., Peñas-Lledó, E., Montserrat-Gil de Bernabé, M., F. Casanueva, F., . . . Menchón, J. (2012). Lifetime Obesity in Patients with Eating Disorders: Increasing Prevalence, Clinical and Personality Correlates. *European Eating Disorders Review*, 250-254.
- Wadden, P. T., Berkowitz, M. R., Womble, P. L., Sarwer, P. D., Phelan, P. S., Cato, M. R., . . . Stunkard, M. A. (2005). Randomized Trial of Lifestyle Modification and Pharmacotherapy for Obesity. *The new england journal of medicine*.
- Westberg, D. P., & Waitz, M. (2013). Binge-eating disorder. *Osteopathic Family Physician*, 230-233.
- Wing, R., & Hill, J. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*, 323-341.
- Yepez, R., Carrasco, F., & Baldeon, M. (2008). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana. *Archivos Latinoamericanos de nutricion*.
- Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, S51-S55.

ANEXO “A”: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

1. Cuénteme sobre las experiencias significativas de su niñez , adolescencia y vida adulta que han contribuido con su obesidad/sobrepeso
2. Cuando piensa sobre su obesidad/ sobrepeso que es lo que más ha influenciado para su prevalencia y a qué edad empezó a tener esta condición?
3. Como ha sido el progreso de su obesidad/ sobrepeso durante su vida? Por favor incluya el inicio, progreso (mejora o empeoramiento) y como fue antes de tener un peso normal
4. Que factores contribuyeron en su decisión para bajar de peso? Por favor comente sobre los factores y de qué manera lo ayudaron a tomar la decisión. Cuando llego el momento de la decisión de hacer algo para terminar con su obesidad/sobrepeso, que recuerda que paso o que hizo?
5. Como se describiría a usted mismo como persona? Describa tanto sus debilidades como sus fortalezas
6. Siente que ha tenido éxito o está satisfecho con el mantenimiento de su peso en un rango normal? Si su respuesta es positiva describa cómo se siente respecto a esto y como ha cambiado su vida
7. Cuáles son los principales factores que usted considera que la han permitido mantener un peso normal? Por favor mencione al menos 5 factores principales y describa brevemente cada uno de ellos
8. De qué manera esos factores han cambiado su vida personal? Por favor cite uno por uno y la influencia que han tenido
9. Ha existido la participación de alguien en su proceso de mantenimiento de su peso normal?

10. Algún tipo de religión ha tenido influencia en su mantenimiento del peso normal? Si su respuesta es afirmativa mencione como ha influido
11. Alguna actividad física o deporte ha tenido influencia en su mantenimiento del peso normal? Si su respuesta es afirmativa mencione como ha influido
12. Hay alguna estrategia en específico o que haya utilizado con mayor frecuencia, que le ha facilitado mantener un peso normal? Si su respuesta es afirmativa mencione cual ha sido la estrategia y el funcionamiento de la misma.
13. Cree que ha existido algún tipo de influencia negativa, la cual se entrometa en su proceso de mantenimiento del peso? . Si su respuesta es afirmativa mencione que tipo de influencia ha sido y como ésta afectó a su mantenimiento del peso
14. Han existido ocasiones en las cuales ha sentido que ya no puede mantener un peso normal y piensa en abandonar las estrategias o factores que ha implementado?
15. Durante las ocasiones en que ha sentido o pensado que ya no puede mantener su peso normal, que le ha ayudado a continuar haciendo esto?
16. En qué momento se dio cuenta que su obesidad/sobrepeso se convirtió en un problema?
17. Cómo describiría su vida cuando presentaba obesidad/sobrepeso?
18. Como describe su vida en la actualidad donde presenta un peso dentro de un rango normal?
19. Pensando en todo su proceso de reducción y mantenimiento del peso normal, que le diría a una persona que está atravesando por la misma situación?
20. Que pensaba sobre su obesidad/sobrepeso cuando presentaba esta condición?
Que piensa actualmente sobre eso? Como ha cambiado su perspectiva?

ANEXO “B”: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

**El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ**

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Factores de éxito que se atribuyen a un bajo peso a largo plazo (5 años) para hispanos que presentaron obesidad o sobrepeso

Organización del investigador Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal Carlos Antonio Castañeda Jácome

Datos de localización del investigador principal 0984574942

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación que trata de analizar los factores de éxito que le han permitido mantener un bajo peso durante 5 años ya que cumple con los criterios que son: haber tenido obesidad o sobrepeso, haber reducido el peso y lograr mantenerlo bajo durante 5 años.

Propósito del estudio

Este estudio pretende incluir a 16 personas de sexo indiscriminado y aplicar una entrevista semiestructurada la cual permitirá encontrar los factores que han permitido mantener un peso bajo

Descripción de los procedimientos

Si usted está de acuerdo en participar usted deberá firmar este consentimiento, lo cual nos indica que ha entendido y acepta ser parte del estudio. Un investigador le realizara una entrevista semi estructurada, la cual consta de 20 preguntas relacionadas a su estilo de vida y factores que le han ayudado a mantener un peso bajo, la entrevista será grabada con una grabadora de audio para después escucharla y no omitir ningún tipo de información.

Riesgos y beneficios

Esta investigación está enfocada en encontrar los factores que le han ayudado a mantener un peso bajo durante 5 años, las preguntas que se realicen en la entrevista podrían causar un tipo de malestar emocional dependiendo de la persona; para esto el investigador que realice la entrevista tratara de ser lo más empático posible y además tener en cuenta las emociones del participante, esto asegurará su bienestar psicológico en todo momento y se minimizará cualquier tipo de riesgo. Los resultados de esta investigación serán de gran beneficio para las personas que actualmente padecen de obesidad y sobrepeso y quieren reducir su peso y mantenerlo; también puede ayudar a personas que han logrado bajar de peso pero no han logrado mantenerlo.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el equipo de investigadores tendrán acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo (*si aplica*)

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984574942 que pertenece a Carlos Castañeda, o envíe un correo electrónico a carlos.acj94@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado (*Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito*)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (<i>si aplica</i>)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO” C”: VOLANTE PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Estimado Señor o Señora:

Le invitamos a participar en un estudio de carácter científico, el cual se centra en investigar los factores de éxito que han ayudado a mantener un peso bajo en personas que antes presentaban obesidad o sobrepeso. La investigación estará bajo la dirección de Carlos Castañeda, estudiante de Psicología Clínica de la Universidad San Francisco de Quito.

Los requisitos que debe cumplir son:

Edad adulta de más de 25 y menos de 65 años

Que hayan logrado mantener un peso estable por más de un cinco años continuos

Haber tenido sobrepeso u obesidad, haber presentado un IMC igual o superior a 25 kg/m² (sobrepeso) y un IMC igual o superior a 30 kg/m² (obesidad)

El estudio constara de una entrevista semiestructurada la cual tendrá una duración aproximada de 2 horas, que será grabada, para después escucharla y recopilar la mayor cantidad de información posible.

Para más información, por favor contáctese con:

Carlos Castañeda

0984574942

carlos.acj94@hotmail.com