

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE NUTRICIÓN

**“Recomendaciones para una propuesta metodológica para promover la adherencia a las prácticas necesarias en el desarrollo de los hábitos saludables en personas con obesidad, para el Proyecto O, de la Oficina de Bienestar y Salud.”**

Proyecto de Graduación sometido a la consideración del Tribunal Examinador de la Escuela de Nutrición para optar al grado de Licenciatura.

Ana Lorena Corrales Pacheco

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio,  
Costa Rica  
2017

“Este Proyecto de Graduación fue aceptado por el Tribunal Examinador de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado académico de Licenciatura”

---

MSc. Emilce Ulate

Directora Escuela de Nutrición

---

Máster Ana Yancy Zúñiga Bermúdez  
Directora de Proyecto Final de Graduación

---

Phd. Indira deBeausset  
Asesora

---

Lic. Ana Felicia Solano  
Asesora

---

Lic. Nadia Alvarado Molina  
Invitada

---

Bach. Ana Lorena Corrales Pacheco  
Sustentante

## Dedicatoria

A Dios, esa energía que está dentro de todos, por darme siempre muchísimas razones para agradecer, por ser una guía en mi camino y llevarme siempre a donde debo estar. Gracias por la oportunidad de investigar un tema que me apasiona y por permitirme culminar esta tarea minuciosamente con un resultado que me deja satisfecha.

A mis papás, Rosi Pacheco y Carlos Corrales, que les debo todo quien soy y no soy; que siempre han tenido paciencia y respeto por mis ideas alternativas. Que han estado conmigo para ser un apoyo en los momentos más difíciles y celebrar las alegrías. Por ser mis dos personas favoritas en el mundo, los quiero demasiado, esto lo hicimos los tres juntos.

A mis hermanos, Luis Car y Jose, que siempre han sido un apoyo, enorme; que me cuidaron muchísimo mis primeros años de universidad y siempre están ahí para hablar de la vida, para compartir y sacarme más de una sonrisa.

A tía Ligia, que ha sido demasiado importante siempre, pero un apoyo primordial para esta tesis. Gracias por este año que hemos estado más cerca, que me ha llenado de amor y conversaciones lindas. Gracias también al resto de mi familia que me ha apoyado con comentarios alentadores ya sea para que le pusiera o a veces para que no me presionara tanto y aceptara el proceso como se iba dando.

A Karlita, que ha sido parte de este proceso por un año, un gran apoyo como una de las hermanas que la vida me trajo y además me iluminó en la función automática de ordenar alfabéticamente las bibliografías, te quiero Karlis.

A todos mis amigos, algunos que, en ocasiones, me acompañaron físicamente mientras trabajaba. A todos los que han sido muy pacientes en mis conocidas desapariciones sociales, a los que han estado pendientes del proceso o no, pero me han mandado energía bonita para cerrar con buena actitud. A todos los que me escucharon enamorarme, divorciarme y volverme a enamorar del proceso. Especialmente a las Hashtag, las Danzaires, las gemes, Esteban, Dani Gutiérrez y Meli Solano, que han sido una red de apoyo fundamental, una vez más, gracias.

## Agradecimientos

A los participantes de la primera generación del Proyecto O, por colaborar con esta investigación, abrirme un espacio en su tiempo y tenerme confianza para compartir sentimientos, percepciones y aprendizajes de este proceso y de su vida.

A todos los profesionales que desarrollan el Proyecto O (Ana Yanci, Ana Feli, Cristina y Juan Ma), por tener esta idea tan linda y comprometerse con pasión, investigando y entregándose en una iniciativa hermosa. Por ser unos soñadores de la salud y poner un granito de arena luchando contra una de las pandemias del siglo 21. Gracias por ser unos visionarios, ojalá el mundo estuviera lleno de gente que trabaje con el corazón.

A la profesora Indira, por ser siempre una luz en el camino y atenderme con demasiada empatía en cada cita, cada vez que el análisis cualitativo me tenía en un callejón sin salida y confundida en medio de tanta información, siempre supo guiarme, responderme oportunamente y ayudarme a ordenar ideas, demasiado de esto tiene sentido gracias a usted.

A Ana Yanci, por promover el espacio para realizar este trabajo, presionarme cuando fue necesario y tenerme paciencia cuando el proceso iba lento. Por apoyarme en esto y compartir todas las conversaciones analizando y profundizando en los quehaceres del proyecto y de las maravillas de nuestra profesión.

A Ana Feli, por leer con calma, solventar dudas del proceso y hacer observaciones tan acertadas del análisis.

A Cristina, por su participación en las entrevistas grupales y compartir su visión tan interesante de lo que experimentan los participantes y lo que viven ellos como facilitadores.

A la profesora Adriana Murillo del PREANU y a Marcela León, por su apertura a complementar el trabajo del Proyecto O, gracias por dar una luz de que es posible articular varias unidades académicas y que existe una disposición para generar más espacios de trabajo interdisciplinario en la Universidad.

A la Oficina de Bienestar y Salud, por dar el espacio para que este proyecto naciera y que siga creciendo, así como por darme su apoyo en esta investigación.

A mis compañeras de la Escuela de Nutrición, que siempre estuvimos juntas con una buena actitud en esta tarea del estudio, me llevo muchísimos recuerdos lindos de los años compartidos, gracias por ser compañeras, amigas y hermanas.



**Tabla de contenido**

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
A. Definición de obesidad.....	4
B. Prevalencia de obesidad. ....	4
C. Implicaciones de la obesidad.....	5
D. Estudios realizados en la Universidad de Costa Rica como parte de otros Trabajos Finales de Graduación.....	7
E. Tratamiento de la obesidad.....	9
F. Descripción del proyecto O. ....	10
G. Bases teóricas para el tratamiento de la obesidad en el proyecto O.....	13
1. Recomendaciones y beneficios de la pérdida de peso.....	14
2. Claves para el éxito en el manejo de la obesidad .....	15
3. Actividad física.....	17
4. Dietoterapia .....	18
5. Terapia psicológica grupal. ....	19
6. Adherencia a prácticas saludables.....	25
III. OBJETIVOS.....	37
A. Objetivo General. ....	37
B. Objetivos Específicos.....	37
IV. MARCO METODOLÓGICO.....	38
A. Tipo de estudio.....	40
B. Población y muestra .....	40
C. Definición de categorías.....	41
D. Recolección de datos.....	42

1. Acercamiento y entrevistas grupales con los profesionales .....	42
2. Acercamiento y entrevistas a profundidad con los participantes del proyecto O. .....	44
3. Salvaguarda de la información.....	45
E. Análisis de los datos .....	45
F. Análisis de la factibilidad de una recomendación .....	48
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	49
A. Línea del tiempo del Proyecto O.....	51
1. Reclutamiento.....	51
2. Sesiones educativas .....	52
3. Evaluación de la primera etapa .....	53
4. Segunda etapa.....	53
B. Barreras .....	56
1. Barreras metodológicas .....	57
2. Barreras al realizar un proyecto interdisciplinario en la Universidad de Costa Rica.....	61
3. Barreras del individuo y el contexto.....	64
C. Facilitadores .....	67
1. Facilitadores metodológicos.....	67
2. Facilitadores del individuo y el contexto .....	70
D. Aspectos que funcionan como barreras y/o facilitadores.....	75
1. Aspectos metodológicos.....	75
2. Del individuo y el contexto .....	81
E. Discusión general .....	98

VI. CONCLUSIONES.....	101
VII. RECOMENDACIONES.....	103
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	105
IX. ANEXOS.....	115
Anexo 1. Información documentada en otros Trabajos Finales de graduación relacionados al abordaje o caracterización de las personas adultas con sobrepeso y/u obesidad, desarrollados en la Universidad de Costa Rica, San José; desde 1985 hasta el 2015. ....	116
Anexo 2. Cronograma de actividades de las etapas 1 y 2 del grupo piloto del Proyecto O llevado a cabo desde mayo de 2013, hasta noviembre de 2014.....	129
Anexo 3. Guía para las entrevistas grupales 01 y 02 con los profesionales implicados en el proyecto O.....	134
Anexo 4. Guía para las entrevistas grupales 03 y 04 con los profesionales implicados en el proyecto O.....	136
Anexo 5. Formulario para la recolección de información sociodemográfica de los pacientes del proyecto O.....	138
Anexo 6. Carta de presentación para informar a los pacientes del proyecto O antes de realizar las entrevistas a profundidad.....	140
Anexo 7. Guía para las entrevistas a profundidad con los pacientes del proyecto O.....	142
Anexo 8. Propuesta metodológica para el Proyecto O de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica.....	144
Anexo 9. Instrumento para el registro de consumo en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.....	173

### Índice de figuras

Figura 1. Esquema resumen de la metodología seguida en esta investigación.....	39
--	----

## Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación del estado nutricional de acuerdo al IMC según la OMS.....	4
Tabla 2. Beneficios potenciales de una pérdida de peso modesta. ....	15
Tabla 3. Posibles barreras para el tratamiento de la obesidad, posible intervención y argumento para la toma de decisiones. ....	26

## Lista de abreviaturas

ADA: American Dietetic Association.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

EBMCA: Entrenamiento basado en Mindfulness para concientizar la alimentación.

EDUFI: Escuela de Educación Física de la Universidad de Costa Rica.

HDL: lipoproteínas de alta densidad.

LDL: lipoproteínas de baja densidad.

TG: Triglicéridos o triacilgliceroles.

OBS: Oficina de Bienestar y Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PREANU: Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario.

TAC: Terapia de aceptación y compromiso.

TBA: Terapias basadas en la aceptación.

TDC: Terapia dialéctica del comportamiento.

TC: Terapia conductual.

TCC: Terapia Cognitiva Conductual.

TPR: Terapia para la Prevención de recaídas.

TRP: Terapia de resolución de problemas.

## Resumen

Corrales, A. (2017). *“Propuesta metodológica para promover la adherencia a las prácticas necesarias en el desarrollo de los hábitos saludables en personas con obesidad, para el proyecto O, de la Oficina de Bienestar y Salud.”* (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.

A pesar de los numerosos estudios con respecto al manejo de la obesidad, no se ha identificado un método idóneo que facilite la adherencia a prácticas saludables, pues es común que los pacientes tengan dificultades modificando su estilo de vida y sufran recaídas a hábitos inadecuados.

Se evaluó lo ocurrido con los pacientes que estuvieron en el Proyecto O desde marzo del 2013 hasta noviembre del 2014; buscando generar recomendaciones adecuadas para potenciar la adherencia a los hábitos saludables de los pacientes con obesidad que participan del Proyecto O de la Oficina de Bienestar y Salud, de la Universidad de Costa Rica.

Se realizaron entrevistas grupales con las profesionales/facilitadores y entrevistas a profundidad con los pacientes. Esto se comparó con la teoría existente para identificar las barreras y los facilitadores de adherencia a las prácticas saludables que tuvieron los pacientes, así como los obstáculos y facilidades que pudieran tener los profesionales para desarrollar esta intervención.

Entre las barreras encontradas destacan: la falta de un encuadre claro por parte de los profesionales, la falta de apoyo total por parte de la OBS, la falta de inclusión de actividad física durante los primeros 6 meses y el escaso sentimiento de grupo que hubo al inicio del programa. Por otro lado, entre los facilitadores para el cambio se encuentran: el vínculo de los profesionales con los pacientes, los conocimientos adquiridos, la formación de redes de apoyo y la posibilidad de tener sesiones regulares de actividad física.

Para prevenir la recuperación del peso perdido es importante promover la autorregulación, el automonitoreo y empoderar a las personas en el mantenimiento de hábitos saludables.

## I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo al Ministerio de Salud (2011), en la última Encuesta Nacional de Nutrición realizada en Costa Rica entre el 2008 y el 2009, en hombres y mujeres con edades de 20 a 64 años existe una prevalencia de sobrepeso y obesidad superior al 60%. Dicha condición está ligada a enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y otras enfermedades crónicas no transmisibles que disminuyen la esperanza de vida de la población que las padece. Es prioritario mejorar los hábitos de alimentación y actividad física de las personas, pues no solo afecta la calidad de vida de los individuos, si no que incrementa los costos en salud por el tratamiento de todas estas enfermedades subsecuentes a la obesidad.

A pesar de los numerosos estudios con respecto al manejo de la obesidad, no se ha identificado un método idóneo que facilite la adherencia a prácticas saludables, pues es común que los pacientes tengan dificultades modificando su estilo de vida y sufran recaídas a hábitos inadecuados. Con respecto a esto, Arrebola et al (2013), aseguran que la baja adherencia a los tratamientos influye en la evolución de las enfermedades crónicas no transmisibles, disminuye la calidad de vida de las personas e incrementa los costos en salud por tratamientos a comorbilidades.

Considerando el origen multifactorial de las enfermedades crónicas no transmisibles, las nuevas tendencias en salud buscan el trabajo multidisciplinario, que permita analizar integralmente a la población. Siguiendo esta línea, el proyecto O, de la Universidad de Costa Rica, unifica el trabajo de nutricionista, psicólogo, médico y preparador físico, para lograr la modificación de prácticas en personas obesas y generar comportamientos saludables repetitivos. En el proyecto se pretendió evaluar los cambios con los siguientes parámetros: una disminución de, al menos, el 5% del peso corporal total, disminuir los pliegues cutáneos y el porcentaje de grasa; además, mejorar parámetros bioquímicos como colesterol total, HDL, LDL y glicemias; disminuir los niveles de depresión y ansiedad, así como mejorar la resistencia cardiovascular (Camacho, Garita, Solano y Zúñiga, 2014).

La primera intervención del Proyecto Manejo Integral de la Obesidad (nombre oficial del proyecto O) consistió en un abordaje multidisciplinario que se dio desde mayo del 2013,



hasta noviembre del 2014. Con este primer grupo de participantes se llevó a cabo un proceso de investigación-acción, en el que la metodología se fue desarrollando durante la intervención; se trabajó siguiendo los objetivos, además el proceso se definió y adecuó a las circunstancias. Los resultados del proyecto fueron positivos, sin embargo los facilitadores creen que pudieron ser mejores. Por esto, el presente estudio evaluó este grupo y pretende mejorar el procedimiento para el tratamiento integral de la obesidad, generando recomendaciones acordes con los objetivos del proyecto O, desarrollado desde la Oficina de Bienestar y Salud (OBS) de la Universidad de Costa Rica (Camacho et al, 2014).

Durante el 2015 y 2016 se abrió el programa con dos nuevos grupos (uno cada año). Para el mes de diciembre 2015, ya había finalizado la intervención de ese año, por lo que los profesionales enriquecieron la investigación con algunos de los aprendizajes obtenidos en esta segunda experiencia. Los datos para esta investigación se recolectaron desde agosto, hasta diciembre del 2015.

Este proyecto se basa en el problema del desconocimiento de los componentes de la intervención que pudieran haber tenido un mayor impacto en la adherencia a prácticas saludables en los participantes del proyecto O de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica. Para resolver este problema se hizo un análisis global de lo ocurrido con el primer grupo de pacientes.

Por medio de entrevistas grupales, se recopilaron las impresiones de las profesionales/facilitadores; se realizaron entrevistas a profundidad para conocer la opinión de las 7 personas que participaron durante programa de mayo 2013 hasta noviembre 2014 y, finalmente, la información de estas dos fuentes se trianguló con la teoría consultada por medio de una búsqueda bibliográfica. Se consideraron aspectos metodológicos de la intervención y situaciones de los participantes que pudieran ser barreras o facilitadores en el proceso de modificación de hábitos saludables, al igual que las barreras y los facilitadores que pudieran experimentar los profesionales al ejecutar el programa. Algunos de los parámetros evaluados se tomaron del informe de resultados elaborado por Camacho et al (2014), y del informe de Garita, Solano y Zúñiga (2015), que se menciona en varios apartados de este documento.

Una vez recolectada y sistematizada esta información, se realizaron otras entrevistas grupales con los profesionales para garantizar que las recomendaciones fueran adecuadas al proyecto O, a las características del trabajo de la Oficina de Bienestar y Salud, así como a la población intervenida (funcionarios y estudiantes de la Universidad de Costa Rica).

De esta manera, se buscó responder a la pregunta ¿Qué recomendaciones podrían potenciar los facilitadores y contrarrestar las barreras para la adherencia a prácticas saludables, a partir de la experiencia del primer grupo del proyecto O para el manejo integral de la obesidad, de la Oficina de Bienestar y Salud; intervenido desde mayo del 2013 hasta noviembre del 2014, en la sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica?

## II. MARCO TEÓRICO

### A. Definición de obesidad.

La obesidad es una patología crónica de origen multifactorial ligada a la predisposición genética, factores ambientales, psicológicos y socioeconómicos. Según Elte et al (2012), se define como el exceso de adiposidad generado por un balance positivo entre la ingesta calórica y el gasto energético total. Para clasificarla se ha utilizado el índice de masa corporal (IMC), como se detalla en la tabla 1.

Tabla 1. Clasificación del estado nutricional de acuerdo al IMC según la Organización Mundial de la Salud.

IMC	Clasificación
18.5-24.9	Normal
25-29.9	Sobrepeso/Preobesidad
30-34.9	Obesidad grado I
35-39.9	Obesidad grado II
≥40	Obesidad grado III

Adaptada de: WHO, 2006

### B. Prevalencia de obesidad.

De acuerdo con lo informado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial, alrededor del 39% de los adultos mayores de 18 años presentaban sobrepeso en el 2014, mientras que un 13% obesidad. Además, en ese mismo año se estimó que 38 millones de personas mueren anualmente por patologías asociadas al sobrepeso y obesidad (WHO, 2015). En nuestro país las cifras no difieren de la realidad mundial, según el Ministerio de Salud (2011), en la última Encuesta Nacional de Nutrición realizada entre el 2008 y 2009, en hombres

y mujeres con edades de 20 a 64 años existe una prevalencia de sobrepeso y obesidad superior al 60%.

### **C. Implicaciones de la obesidad.**

La obesidad incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas como dislipidemia, diabetes mellitus II, síndrome metabólico, hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, algunos tipos de cáncer, apnea del sueño y osteoartritis. Además, el riesgo de padecerlas es directamente proporcional al grado de sobrepeso u obesidad; la esperanza de vida se reduce entre un 5-20% en personas severamente obesas (Palmo, 2013).

Piana et al. (2013), aseguran que la obesidad se ha incrementado en cifras alarmantes debido a los hábitos poco saludables que han adquirido las personas. Dichos hábitos están ligados al ambiente obesogénico, en el que los alimentos altamente calóricos y de bajo valor nutritivo son apetitosos y están disponibles. Además existen facilidades tecnológicas que promueven el sedentarismo y un estilo de vida que disminuye la actividad física de las personas. Estos autores estiman que, si se pudiera corregir esos hábitos, se disminuiría en aproximadamente un 80% los casos de enfermedades cardíacas, infartos, diabetes tipo 2 y un 40% de los casos de cáncer.

Según González (2011) la obesidad está mediada por factores ambientales, genéticos, biológicos y psicológicos. Así, la obesidad es un trastorno con una compleja etiopatogenia, que no puede ser únicamente explicado por un balance energético positivo. Este mismo autor, en su publicación del año 2013, asegura que, genéticamente puede haber predisposición; en estudios de familias se ha determinado que la grasa corporal total tiene índices de heredabilidad en un rango que varía del 20- 80%. Además, la probabilidad de tener un  $IMC \geq 45$  se incrementa en 7 veces, si alguno de los padres presenta estos niveles de obesidad (González, 2013).

González (2011) también dice que en estudios se ha comprobado la influencia de ciertos genes en la codificación de péptidos y hormonas ligadas a las señales de hambre y saciedad; en el crecimiento y diferenciación del adipócito, así como en el control del gasto energético. En el

2013 este autor también destaca ciertas alteraciones genéticas ligadas a la obesidad, por ejemplo, síndromes como Prader-Willi y Alström-Hallgren. Igualmente, existen teorías que relacionan la microbiota intestinal con la resistencia a la insulina, aumento del peso corporal y tamaño de los adipositos, sin embargo, todavía hacen falta más investigaciones para conocer mejor las relaciones entre el metabolismo y la microbiota intestinal (González, 2013).

Por otro lado, varios estudios han demostrado que algunas alteraciones psicológicas tienen un papel muy importante en la etiología y el mantenimiento de la obesidad. El exceso de peso tradicionalmente se ha ligado a depresión, problemas de autoestima y trastornos alimentarios. Entre los trastornos alimentarios, se ha visto que el síndrome del atracón es el más común en pacientes obesos; es importante considerar que la presencia de este trastorno podría requerir un incremento del tiempo de intervención para el manejo de la obesidad (Cebolla, Perpiña, Lurbe, Álvarez-Pitti y Botella, 2012).

Jaush-Chara y Oltmanns (2014) también ligan la obesidad y la depresión. Dicen que las personas deprimidas podrían disminuir la actividad física que realizan y aumentar la predisposición a desórdenes alimentarios. Igualmente, ellos relacionan el estrés crónico y niveles elevados de cortisol en sangre, con un incremento en la ingesta de alimentos y preferencia por aquellos de alta densidad energética. De esta manera, los niveles elevados de cortisol aumentan la predisposición a la obesidad y a patologías específicas, como el síndrome de Cushing, que se caracteriza por distribución visceral y facial de tejido adiposo, dislipidemia, resistencia a la insulina, hiperglicemia e hipertensión arterial.

Estos autores también aseguran que en la obesidad se observan comportamientos adictivos en torno a la comida. En estudios del comportamiento, se ha visto que al comer en exceso y al consumir ciertos psicotrópicos; se activan zonas similares del cerebro relacionadas a los procesos de motivación, toma de decisiones, aprendizaje y memoria; que resultan en comportamientos compulsivos y pérdida de control en el consumo de comida o uso de sustancias (Jaush-Chara y Oltmanns, 2014).

Además, Jaush-Chara y Oltmanns (2014), opinan que independientemente de su rol en los mecanismos de la adicción; la motivación y recompensa juegan un papel en la modulación

emocional de la ingesta, siendo mediadores de comportamientos que desatan las preferencias por alimentos con alta palatabilidad y densamente energéticos. Igualmente, destacan que algunos pacientes obesos podrían tener alteraciones de la ingesta producto de irregularidades en el metabolismo de la dopamina.

#### **D. Estudios realizados en la Universidad de Costa Rica como parte de otros Trabajos Finales de Graduación**

En la Universidad de Costa Rica el tema de la obesidad se viene estudiando desde hace muchos años. Se encontraron 23 trabajos finales de graduación con temas relacionados a la obesidad en adultos y cuya información se considera relevante para este informe. De estos trabajos, 14 se han desarrollado en la Escuela de Nutrición, 4 en la Escuela de Medicina, 3 en la Escuela de Psicología y 1 en la Escuela Terapia Física y 1 en la Escuela de Trabajo Social.

En el Anexo 1 se muestra una tabla que resume el contenido de cada trabajo. Los temas son muy variados; se incluye un estudio de caso de pérdida de peso y ganancia del peso perdido, también análisis descriptivos de características y percepciones de poblaciones específicas con sobrepeso u obesidad (Gamboa, 2002; Elizondo, González y Newman, 2011; Castro y Ramírez, 2012; Brenes, González y López, 2007; Ulate, 2011; Arias et al, 2013)

Solano (2003) y Brenes (2007), han evaluado desde diversos enfoques, el servicio que reciben los pacientes con obesidad en varios niveles de atención de la CCSS. En otros estudios se evalúa el auto-cuido y algunas percepciones de los pacientes con sobrepeso y obesidad (Elizondo, González y Newman, 2011; Matamoros, 2014). Igualmente, varios autores han profundizado en los beneficios de la terapia individual y de la terapia grupal para el tratamiento nutricional de personas con obesidad (García, 1985; Madrigal, 1998).

Incluso algunos investigadores han desarrollado protocolos o metodologías para la atención de pacientes con obesidad en lugares específicos o para poblaciones específicas. (Quesada, 2009; Martínez, 2011; Rodríguez, 2011).

La mayoría de los estudios evalúa únicamente resultados a corto plazo, solo una de las investigaciones contempla un seguimiento 10 meses después de la intervención (Escalante, García y Tinoco, 2009). Las participantes de los estudios son mayoritariamente mujeres. Esto es congruente con los resultados de la última encuesta de nutrición del Ministerio de Salud, en la que se observa que la población con sobrepeso u obesidad generalmente son mujeres adultas, amas de casa, con una escolaridad baja (Ministerio de Salud, 2011).

En varios estudios se destaca que el rol social de las mujeres las lleva a preocuparse por las necesidades de otras personas antes que las propias, aminorando su auto-cuido y aumentando las probabilidades de depresión. Al mismo tiempo, se destaca la relación directa que existe entre los factores emocionales y los hábitos saludables, ligando el exceso de peso a la depresión. Por esto, en varias investigaciones se aplica técnicas cognitivo-conductuales en los tratamientos para la modificación de hábitos. Igualmente, en varios trabajos se menciona los beneficios que se obtienen al desarrollar programas interdisciplinarios y con enfoque de género (Rodríguez, 2011; Escalante, García y Tinoco, 2009; Martínez, 2011; González y Stephens, 2013; Cruz, Méndez y Rivera, 2015; Matamoros, 2014; Mora et al, 2014; Rojas, 2015; Villalobos, 2015).

Amador (2002), descubrió que los pacientes con sobrepeso u obesidad tienen un bajo grado de conocimiento respecto a la morbi-mortalidad de su condición. Por otro lado, Osegueda (2009), evalúa la etapa de cambio de los pacientes y la relaciona directamente al conocimiento de los beneficios que se obtienen al mantener un estado nutricional adecuado; comprobando así, la importancia que tiene el eje educativo en los programas de modificación de hábitos. Por otro lado, Matamoros (2014), encuentra también que el autocuidado deficiente se influencia por el rol de género femenino y la depresión, identificando que incluso cuando se cuenta con información respecto a alimentación saludable, las mujeres de su estudio no lo traducían a acciones; evidenciando, también que es necesario acompañar las sesiones educativas con estrategias motivacionales para el cambio. Aquí juega un rol importante la aplicación de estrategias cognitivo-conductuales.

En algunos estudios se destaca también los beneficios que se obtienen de generar espacios interdisciplinarios para la modificación de hábitos saludables. En general, los resultados de los trabajos finales de graduación de la Universidad de Costa Rica apuntan a que al desarrollar las intervenciones grupales y al incorporan técnicas cognitivas conductuales se facilita la modificación de hábitos y la mejora de parámetros bioquímicos y antropométricos en las participantes; de esta manera, se promueve también la generación de pensamientos asertivos.

### **E. Tratamiento de la obesidad.**

Solo en Estados Unidos, los gastos generados en servicios de salud por tratamiento de la obesidad o patologías asociadas se estiman en \$147 billones anuales, además el costo en tratamiento es directamente proporcional al grado de obesidad (Palmo, 2013). Considerando la calidad de vida de la población y los costos del tratamiento, la primera línea siempre debe ser la prevención, por medio de herramientas de la promoción de la salud. Sin embargo, al analizar el panorama mundial y nacional, no puede negarse la evidente urgencia de programas de bajo costo que traten la obesidad y sus comorbilidades.

Los enfoques de tratamiento para la obesidad son muy variados. La metodología que se aplique dependerá del grado de obesidad que se padezca, de la presencia de comorbilidades, de las metas de pérdida de peso, del plazo en el que se quiere perder, de aspectos socioculturales y de los recursos con los que se cuenta (Palmo, 2013).

Los procedimientos farmacológicos y quirúrgicos han mostrado un éxito moderado, además implican riesgos elevados; por esto son líneas de tratamiento secundarias para casos extremos de obesidad mórbida. Las intervenciones en políticas públicas podrían beneficiar la lucha contra la obesidad, pero requieren un trabajo a largo plazo y educar a la población general (Forman y Butryn, 2015).

A nivel mundial, los abordajes cognitivos conductuales han ido emergiendo como la primera línea en el tratamiento de la obesidad. Estos implican prescripción y educación



psicológica relacionada a la alimentación y a la actividad física. Buscan aplicar estrategias cognitivas para reestructurar el pensamiento y formar habilidades del comportamiento como automonitoreo y el control de los estímulos.

Muchas intervenciones de pérdida de peso han nacido con el fin de comercializar la obesidad. Es ilógico que, aunque existe una amplia evidencia de que un tratamiento efectivo en contra de la obesidad implica al menos dieta, terapia de comportamiento y ejercicio; en el país muy pocas clínicas ofrecen dicho enfoque. Cada uno de estos factores (dieta, terapia de comportamiento y ejercicio) promueve un estilo de vida más saludable, pero al trabajarlos en conjunto, su efecto se potencia (Kushner, 2014).

Por esto, es fundamental que las entidades ligadas a la salud generen estrategias de prevención y tratamiento para contrarrestar los efectos que está teniendo la obesidad en la población. La Universidad de Costa Rica es una institución líder en la investigación científica. En el área de salud, busca brindar herramientas para que las personas mejoren su calidad de vida. Para lograr este fin existen subdivisiones, como la Oficina de Bienestar y Salud que ejecuta proyectos y programas de prevención, promoción y atención en salud. El proyecto O nace para el desarrollo de hábitos saludables en pacientes con obesidad, quienes son abordados desde un enfoque integral constructivista. Incluye los pilares de fisiología, dieta, ejercicio y terapia conductual.

#### **F. Descripción del proyecto O.**

El plan piloto del proyecto O consistió en una intervención multidisciplinaria que se dio desde mayo del 2013, hasta noviembre del 2014. Los pacientes firmaron un consentimiento informado y compromiso de participación, en el que se explicaba que se estaban incorporando a un programa de atención e investigación de la obesidad. El proceso inició con un diagnóstico que incluyó la toma de medidas antropométricas, evaluación de hábitos alimentarios, parámetros bioquímicos, escalas de depresión y ansiedad, así como valoración de la condición física y, finalmente, una motivación para arrancar la intervención.

Todo el programa fue completado por 7 personas, 6 mujeres funcionarias y 1 hombre estudiante de la Universidad de Costa Rica. Al inicio del tratamiento, cuatro de las mujeres presentaron obesidad grado I, dos de ellas grado II y el hombre presentó obesidad grado III. Con el estudiante hubo una situación particular, pues se ausentó a algunas de las sesiones de los primeros seis meses de intervención. Sin embargo, cuando se contactó nuevamente a las personas para continuar con la segunda etapa, se le llamó y participó de lleno durante todo el 2014. Considerando la psicoterapia recibida en ese tiempo, el control médico y las consultas individuales de nutrición a las que asistió esta persona, también se incluye en la investigación.

En el Anexo 2 se encuentran los cronogramas de actividades de la etapa 1 y de la etapa 2 de esta intervención. La primera etapa se llevó a cabo desde mayo hasta noviembre del 2013. Durante esta primera fase se fortalecieron aspectos relacionados a hábitos saludables mediante atención médica, psicoterapia y atención nutricional, así como aportes en conocimientos sobre metabolismo y nutrición; también se incluyeron algunos componentes teóricos de actividad física y recreación.

Con la psicoterapia se identificaron barreras y resistencias para el cambio de los participantes. Primeramente, se establecieron las reglas del grupo y se definió sistémicamente la “ayuda mala” y la “ayuda buena”. Se habló de la manera adecuada de llevar las relaciones interpersonales, así como de la manera en que las cargas emocionales se reflejan en lo físico. Además, abordaron casos específicos de los pacientes y se enfocaron en trabajar el perdón (Camacho et al, 2014).

Según la nutricionista del proyecto, Ana Yanci Zúñiga (Comunicación personal, 21 de octubre del 2014) en las sesiones de educación y seguimiento nutricional se les dio y explicó un plan nutricional individualizado; en general las dietas fueron hipocalóricas, normoproteicas, bajas y modificadas en grasa. También se les capacitó para llevar a cabo registros de consumo y el conteo de intercambios. Paralelamente, se brindaron herramientas para el establecimiento de hábitos saludables, como la modificación de recetas y lectura de etiquetas.

La condición física se valoró contemplando la frecuencia cardiaca en una prueba de caminata y una prueba de gradas. Se les enseñó ejercicios de calentamiento y relajación, así

como estiramientos básicos, yoga, trabajo con bandas de resistencia, caminata, marcha, ejercicios de equilibrio, ejercicios isométricos e isocinéticos. Además, se les incitó a que realizaran actividad física y recreativa por su cuenta (Camacho et al, 2014).

En este periodo también se les educó en aspectos relacionados al metabolismo humano, fisiología de la nutrición, de la obesidad y del ejercicio; también se brindaron conocimientos generales del metabolismo del agua, del sueño y apnea del sueño; así como fisiología del estrés, de la depresión y de la ansiedad, asociadas a la obesidad. Además, recibieron un taller de autoestima, autoimagen y proyección personal con una asesora de imagen. Durante toda la intervención se brindó control médico a los participantes y se consideraron las patologías de cada uno (Camacho et al, 2014).

Este estudio busca explicar lo sucedido, por lo que es importante contextualizarse en los resultados de cada fase. Al final de esta etapa se repitieron las mediciones antropométricas, bioquímicas y psicológicas; además se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas. De acuerdo a los resultados, mejoraron los valores de las escalas de depresión y ansiedad. Los conocimientos también se mejoraron, las actitudes se reforzaron un poco, pero fue evidente que, al final de este periodo, las prácticas no se modificaron; pues, existió una discrepancia entre lo reportado por los participantes y los cambios en las mediciones del peso, IMC, porcentaje de grasa y parámetros bioquímicos (Camacho et al, 2014).

Al finalizar esta etapa, grupalmente se logró una disminución de: 1.95% de peso, 0,24% de IMC y 0,48% de porcentaje de grasa; ningún participante aumento valores. En los análisis bioquímicos, 1 persona logró modificar positivamente todos sus valores bioquímicos; 3 bajaron los índices glicémicos, 3 bajaron los triglicéridos, 3 bajaron colesterol LDL y 2 aumentaron colesterol HDL. Por otra parte 3 aumentaron TG y 3 LDL. El 88% de los participantes bajaron sus indicadores de depresión y ansiedad (Camacho et al, 2014).

A petición de los participantes, se dio continuidad con una segunda etapa, en la que se generó una alianza entre la OBS, la Escuela de Educación Física (EDUFI) y los participantes del proyecto. Para iniciar la etapa de actividad física, se hizo una convocatoria individual en febrero, para que iniciaran en marzo con los entrenadores personales.

El resto de la intervención consistió en reforzar la modificación de prácticas, continuando con el control médico, sesiones mensuales de psicoterapia, control nutricional y 3 sesiones semanales de actividad física de 1 hora 20 minutos de duración. Este trabajo del 2014 se inició motivando para el ejercicio, también con una revisión del plan de alimentación y se refrescaron conceptos para la planificación de menús. En el área de psicología se identificaron los obstáculos de cada persona, considerando si el ejercicio se hace por deber o por placer. En la intervención médica se informó acerca de los beneficios metabólicos que se pueden obtener del ejercicio (Garita, Solano y Zúñiga, 2015).

Al finalizar esta etapa grupalmente se logró una disminución de: 8,23 % de peso, 8,19% de IMC, 9,23 % de porcentaje de grasa y un 2,82 % de masa muscular; ningún participante aumento valores. (Garita et al, 2015).

### **G. Bases teóricas para el tratamiento de la obesidad en el proyecto O.**

Son muy complejos los factores que llevan al individuo a una ingesta elevada constante; así como son muy complejos los factores ambientales que facilitan la repetición de comportamientos perjudiciales, aunque se esté consciente de que estos afectan su salud. Por esto, es también muy complicado el tratamiento de la obesidad (American Dietetic Association, 2009).

Está demostrado que se puede reducir el riesgo cardiovascular solamente con la inclusión de actividad física, o mejorar la salud con una dieta balanceada, aún sin perder peso. Por esto, y para cuidar la motivación del paciente, algunos tratamientos se enfocan en reducir las comorbilidades, aún si la disminución de peso no se diera. Sin embargo, los mayores beneficios se observan cuando las personas bajan de peso y disminuyen su porcentaje de grasa corporal, por lo que ese suele ser uno de los parámetros para evaluar el éxito de los programas para el tratamiento de la obesidad.

Más allá del peso y la apariencia, es fundamental desarrollar modificaciones en el estilo de vida y hábitos saludables. Es pertinente considerar que un cambio en el comportamiento no

es inmediato. Por esto, deben plantearse metas realistas (que dependerán de cada sujeto intervenido), como: detener la ganancia de peso en individuos que tienen un incremento constante del peso corporal, mejorar la salud física y mental, pequeñas pérdidas de peso o grandes pérdidas de peso; pero siempre por medio de modificaciones en la dieta, ejercicio y otros comportamientos. El aspecto físico puede ser motivante para muchos pacientes, sin embargo, es primordial que el personal enfatice los beneficios en la salud y no la parte estética (American Dietetic Association, 2009).

### **1. Recomendaciones y beneficios de la pérdida de peso**

Lean (2010), asegura que para la mayoría de los pacientes una pérdida de peso de 5-10 kg permite obtener los beneficios cardiovasculares, sin embargo, en pacientes con obesidad severa podría ser necesaria una pérdida de peso mayor a 15 kg para obtener dichos beneficios. Sin embargo, Palmo (2013), dice que al tratar la obesidad las metas principales son reducir la morbilidad, la mortalidad y mejorar la calidad de vida. En obesos tipo I y II se desea una reducción entre un 5-10% del peso corporal, pues con este porcentaje se ha evidenciado una disminución del riesgo cardiovascular y síndrome metabólico, así como una mejora en aspectos psicosociales y en la resistencia periférica a la insulina. American Dietetic Association (2009), recomienda un 10% de pérdida de peso corporal para reducir riesgos de salud asociados al exceso de peso.

Cabe destacar que en personas severamente obesas se desea una pérdida de peso que va desde un 20% hasta el 50-60%. Sin embargo, Palmo (2013) asegura que el mayor reto del tratamiento es evitar que las personas recuperen el peso perdido; para esto es fundamental poner, al principio del tratamiento, una meta de peso ideal que sea realista y generar estrategias para que los pacientes se adhieran a los hábitos saludables que los llevan a la pérdida y mantenimiento del peso. En la tabla 2 se ejemplifican algunos beneficios que podrían obtener pacientes con obesidad tipo I y II de una pérdida de peso moderada.

Tabla 2. Beneficios potenciales de una pérdida de peso modesta  
(aproximadamente 10Kg)

<b>Parámetro de salud</b>	<b>Beneficio</b>
Presión arterial	Disminución de 10mm Hg en la presión sistólica Disminución de 20mm Hg en la presión diastólica
Lípidos	Disminución del 10% del colesterol total Disminución del 15% del LDL Disminución del 30% en Triglicéridos Incremento del 8% de HDL
Mortalidad	Disminución >20% de la mortalidad total Disminución >30% de las muertes relacionadas con diabetes Disminución >40% de las muertes relacionadas con cáncer

Adaptado de Lean, 2010.

Cualquier persona obesa, sin importar su IMC, se enfrentará con la dificultad de modificar sus hábitos: incluir actividad física en la rutina diaria, tolerar los aspectos psicológicos de que su cuerpo es resistente al cambio y debe aceptar el apego vitalicio a una dieta hipocalórica. Por todo esto, se requiere un compromiso rotundo, guía y motivación constante para someterse a un programa para el tratamiento de la obesidad, así como las herramientas personalizadas que pueden facilitar los profesionales en salud.

## **2. Claves para el éxito en el manejo de la obesidad**

Muchos autores han encontrado beneficios al tratar personas obesas (sin especificar el grado de obesidad) en programas multidisciplinarios que implican educación dietética, modificación del comportamiento y actividad física. Por ejemplo, Fisman, Watts,

Bradbury y Lewith (2012), han visto que, en los programas tradicionales de dieta restrictiva, un 99% de los implicados recupera total o parcialmente el peso perdido. Sin embargo, en los programas de soporte que contemplan un abordaje integral, se observa una pérdida de peso que va de mediana a significativa y cambios en los comportamientos.

Algunos científicos han investigado las claves para el éxito en los programas de pérdida de peso. Rossini et al (2011) aseguran que el tratamiento cognitivo-conductual es el método no quirúrgico más efectivo en contra de la obesidad, pues se establecen hábitos saludables que se reflejan incluso en la familia de los individuos intervenidos. Wadden, Butryn y Wilson (2007), recomiendan aplicar una intervención multidisciplinaria, pues han visto que los pacientes tratados por un enfoque cognitivo-conductual integral pierden aproximadamente un 11% del peso inicial, además un 80% de los pacientes termina el tratamiento.

Wadden et al, (2007) también aseguran que otro aspecto fundamental para mejorar los resultados de las intervenciones es la empatía del grupo de profesionales que dirige las sesiones. Se debe generar un ambiente agradable, de confianza, sin juzgar, ni culpar; para que los pacientes puedan identificar sus barreras y definir metas que permitan modificar definitivamente los comportamientos, al mismo tiempo que se fomenta la adherencia al programa. Palmo (2013), dice que nunca debe faltar el auto-monitoreo, establecer metas, promover soporte social y el reforzamiento con estrategias cognitivas para el control del estímulo por los alimentos.

La multidisciplinariedad genera una evaluación integral del paciente. El proyecto O da terapia grupal con un enfoque interdisciplinario. Cada profesional involucrado cumple una función específica en el tratamiento de la obesidad. Como se dijo anteriormente, los profesionales incluidos en dicho proyecto son: médico, preparador físico, psicólogo y nutricionista.

Las características de cualquier programa van a depender también de los recursos con los que se cuenta y el manejo de los mismos. La terapia grupal permite abaratar los costos, pues en el tiempo que se trataría a una sola persona, se interviene a un grupo de tamaño moderado (Wadden et al, 2007).



American Dietetic Association (ADA) recomienda empezar la intervención con una evaluación exhaustiva. Debe incluir una valoración física, bioquímica, antropométrica, cardiorespiratoria y musculoesquelética. Además, un análisis psicológico para identificar barreras, conocer la preparación para el cambio y diseñar un tratamiento adecuado. ADA sugiere que el proceso psicológico preceda al dietético. En la parte nutricional se contempla el historial de peso e historial dietético, cantidad y tipos de dietas que ha seguido el paciente en el pasado, hábitos alimentarios y además, se aplican herramientas para cuantificar la ingesta, como recordatorio de 24 horas y frecuencia de consumo (ADA, 2009).

Para verificar la adherencia es fundamental que el paciente monitoree sus logros y recaídas. Los registros de alimentación y de actividad física brindan un producto tangible del comportamiento usual, que debe estar presente en toda intervención. Se ha evidenciado ampliamente que ambos componentes juegan un rol fundamental en la pérdida de peso y su posterior mantenimiento (Wadden et al., 2007).

### **3. Actividad física**

Se ha visto que la actividad física por sí sola no tiene un gran efecto en la pérdida de peso, empezando porque la mayoría de los individuos obesos no pueden mantener un nivel considerable de ejercicio o actividad. Entre las barreras que destacan las personas con sobrepeso y obesidad están: la costumbre del sedentarismo, las limitaciones de movimiento por el exceso de masa corporal y las restricciones respiratorias, igualmente, algunas patologías como la osteoartrosis y otras anteriormente mencionadas que dificultan la práctica de actividad física (Wadden et al., 2007).

Sin embargo, la actividad física colabora con el balance energético y podría compensar incumplimientos dietéticos ocasionales. Es importante promoverla en los pacientes obesos para reducir el riesgo cardiovascular y mantener la pérdida de peso a largo plazo. También, fomenta la disminución de tejido graso, en vez de masa muscular durante la etapa de pérdida de peso, evitando así, la reducción de la tasa metabólica basal. Además, mejora el estado de ánimo, lo que puede optimizar la adherencia al tratamiento dietético (Wadden et al., 2007).



Esta actividad física debe ser supervisada por un médico y prescrita por un profesional en ciencias del deporte, de acuerdo a las capacidades de cada paciente. Las posibilidades de cada individuo estarán definidas por su nivel de obesidad, capacidad cardiorespiratoria, el porcentaje de la masa magra, comorbilidades asociadas y posibilidad de movimiento (American Dietetic Association, 2009). En la segunda etapa del proyecto O se incluyó un plan de ejercicio estructurado con un entrenador personal para cada paciente.

#### **4. Dietoterapia**

El control dietético es pilar del tratamiento. Una dieta hipocalórica que se ajuste a las preferencias del paciente promueve la adherencia al largo plazo. La distribución de los macronutrientes puede variar, entre dietas bajas en grasa y bajas en carbohidratos. No se ha visto una diferencia significativa en el peso perdido a largo plazo entre una y otra, pero algunos investigadores si han identificado, que la dieta baja en grasa y elevada en carbohidratos suele mejorar el perfil de lípidos séricos y facilita la saciedad (Lean, 2010). En el proyecto O se utilizó una dieta personalizada, hipocalórica y reducida en grasa.

Las restricciones calóricas moderadas son recomendables para pacientes con hambre incontrolada, hiperfagia, si se sospecha poca adherencia al plan de alimentación o cuando se come mucho afuera de casa. Independiente del contenido calórico de la dieta y la distribución macronutrientes, se estimula el consumo de vegetales, granos, fuentes magras de proteína y se procura disminuir los alimentos ricos en grasa y carbohidratos simples (Palmo, 2013).

Algunos autores consideran útil promover una pérdida de peso acelerada al inicio del tratamiento. Se recomienda utilizar esto como una herramienta de motivación inicial. Sin embargo, implicaría un cambio drástico en la alimentación por un periodo corto de tiempo. Este inicio tan radical no es adecuado para todas las personas. Si se quisiera valorar la opción de una dieta inicial muy baja en calorías, sería apropiado discutirlo y tomar la decisión en conjunto. (Palmo, 2013).

Siempre se busca un balance energético negativo, ya sea por una reducción en la ingesta, por un incremento en la actividad física o una mezcla de ambas. La terapia de comportamiento también es pilar y el uso de fármacos es adecuado únicamente para algunos casos específicos. Los pacientes con obesidad tipo III necesitan un proceso más prolongado que los tipo I o II, pues, además de requerir una mayor pérdida de peso, sienten más presión social y normalmente acarrean con el fracaso en intentos anteriores por perder peso (Palmo, 2013). Por esto es conveniente contar con cierta homogeneidad en los pacientes de una misma intervención, pues grandes diferencias en los procesos de cada uno, podría desmotivar a los que tengan menos cambios en un corto plazo.

### **5. Terapia psicológica grupal.**

El psicólogo del grupo juega un papel primordial en la adherencia al tratamiento, así como en la asimilación de recaídas. Según la teoría de la terapia cognitiva-conductual se debe identificar barreras, motivaciones y facilitadores del cambio. Se indagan aspectos psicológicos y emociones ligadas a los alimentos, para buscar romper estas relaciones. Además, se entrena a los pacientes para afrontar eventuales recaídas. También se da herramientas para que los intervenidos modifiquen su ambiente y propicien el cambio, se busca reforzar el soporte social y promover los comportamientos saludables (Palma, 2013).

#### **a. Contenido de las sesiones**

Uno de los primeros pasos para iniciar la modificación de hábitos es brindar conocimientos y cambiar las percepciones de las personas intervenidas. Piana et al (2013), desarrollaron un programa multidisciplinario de intervención para el cambio del estilo de vida por tres meses con enfoque médico, nutricional, psicológico, que incluía actividad física, rutina de ejercicio personalizada y recreación. Participaron 80 sujetos con un IMC de  $30\text{Kg/m}^2$  ( $\pm 5.9\text{Kg/m}^2$ ). Fueron divididos en grupos de 13-14 personas; cuatro grupos se reunieron semanalmente, mientras que los otros cuatro, bisemanalmente. Asistieron a 8 sesiones de 90 minutos.

Los pacientes escribían aspectos relacionados al manejo psicológico de la obesidad, sus expectativas del programa, relación con la actividad física, la alimentación y la obesidad; así como barreras para el cambio y facilitadores del cambio en el estilo de vida. Al finalizar las sesiones, los pacientes lograron modificar su autopercepción, su relación con la comida y actividad física, así como su estado de salud. No reportan si hubo un cambio en el IMC, pero los pacientes refirieron mejoras en su estado de ánimo y autopercepción (Piana et al, 2013).

Estos autores destacan que, para el éxito de las intervenciones multidisciplinarias, se debe contemplar la percepción de los pacientes, así como su relación con la comida y la actividad física. De esta manera, los profesionales que intervienen pueden ajustar el proceso al perfil del grupo (Piana et al, 2013).

#### **b. Escenario de atención**

Los lugares o medios por los que se desarrolle la terapia pueden ser muy variados y tendrán repercusiones positivas o negativas, en la medida en que se ajusten o no a la población. Se pueden hacer intervenciones vía internet, en entidades de salud, escuelas, lugares de trabajo; pueden ser diseñadas para mejorar las condiciones de individuos, familias, comunidades, ambientales, promover la implementación de políticas y generar propuestas multidimensionales (Pérez, Arredondo, Elder, Barquera y Holub, 2013). Es importante que el medio utilizado, así como el lugar, sean adecuados a la población y que promueva la adherencia al tratamiento. Llamarlos antes de las sesiones para confirmar la asistencia y conciliar el horario o transporte de la siguiente reunión pueden ser estrategias apropiadas (Piana et al, 2013).

Con respecto al lugar de la intervención, Hokea y Franks (2012), evaluaron el éxito de varios programas. Compararon el lugar de trabajo, en un consultorio de atención primaria y en un consultorio de medicina universitaria. Hallaron una diferencia significativa que favorece la pérdida de peso de las personas que fueron intervenidas en su ambiente laboral con respecto al consultorio de atención primaria; y hubo una diferencia

numérica, pero no significativa del programa en el lugar de trabajo sobre el consultorio universitario.

En dicho estudio los sujetos recibieron educación psicológica, una dieta individual, plan de ejercicio personalizado y supervisión médica. Los autores suponen que entre las causas de los resultados positivos está el lugar donde se dieron las sesiones. Las personas relacionan el espacio físico con los conocimientos adquiridos durante el programa; de esta manera, les es más fácil apegarse a las modificaciones del estilo de vida cuando están en dicho lugar. Además, no se requirió un esfuerzo extra para trasladarse a las citas, ni dinero adicional, por lo que se redujo la tasa de deserción (Hokea y Franks, 2012).

Esto permitiría suponer que el ambiente universitario es apto para desarrollar una intervención como el proyecto O. Sin embargo, sería pertinente contemplar la facilidad o dificultad de los participantes para movilizarse a las instalaciones deportivas (donde se llevaron a cabo las sesiones), o ajustarse al horario por clases o trabajo. En todo caso, otro aspecto que pudo promover la participación es que el proyecto O fue gratuito. Por otro lado, cuando las personas pagan, se sienten comprometidas por la inversión de dinero que implica el tratamiento, por lo que sería importante contemplar cómo afecta la adherencia el hecho de que la universidad patrocine el programa.

### **c. Frecuencia y duración**

Al evaluar una intervención para la modificación y adherencia a prácticas saludables también se debe considerar el tiempo que dura la intervención. Se han visto beneficios en darle continuidad a los grupos con sesiones de mantenimiento a largo plazo, en las que se repasen hábitos como el registro de: alimentación, actividad física y peso corporal. Esto motiva a los pacientes y es claro que mantienen la pérdida de peso o no recuperan tanto peso, como en los casos en que no se ha dado un adecuado seguimiento. El seguimiento por internet puede ser apropiado por su facilidad y bajo costo; sin embargo, los estudios muestran resultados inconsistentes con respecto a su efectividad en promover el mantenimiento del peso perdido. No se ha determinado un tiempo ideal del seguimiento, puede ser desde 6 meses hasta 2 años (Wadden et al, 2007).

Palma (2013), recomienda que los programas de cambios en el comportamiento incluyan; sesiones semanales de 60-90min, por aproximadamente 6 meses y subsecuente mantenimiento de 6 a 12 meses. La intervención puede ser individual o con grupos de aproximadamente 10 personas. La terapia grupal puede ser más efectiva para la pérdida inicial de peso, pues se puede crear un soporte social dentro del mismo grupo.

Wadden et al (2007), ejecutaron un estudio para la prevención de la diabetes mellitus que incluyó 3200 sujetos que fueron sometidos a placebo, uso de metformina o modificaciones del estilo de vida. En los cambios del estilo de vida se incluía la meta de reducir el 7% del peso corporal e incrementar la actividad física. La intervención de modificaciones del estilo de vida incluyó 16 sesiones durante 6 meses, dieta hipocalórica personalizada y los sujetos adquirieron el compromiso de realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física. El programa también implicaba un registro de ingesta y actividad física, así como identificación de barreras y establecimiento de metas.

#### **d. Seguimiento a largo plazo o monitoreo**

Al darles un seguimiento 2.8 años después, se vio que el grupo de modificaciones en el estilo de vida había perdido significativamente más peso (una pérdida de 5.8% del peso corporal total) que el grupo de metformina (2,1%) y el control (0.1%) (Wadden et al., 2007). No se especifica el grado de obesidad de los pacientes, sin embargo, los investigadores pudieron comprobar el éxito de una intervención de modificación de estilos de vida en pacientes obesos.

También es válido aplicar herramientas de soporte social para promover la adherencia. Hajek, Humphrey y McRobbie (2010), ejecutaron dos grupos piloto que siguieron la misma metodología, pero se desarrollaron en ciudades distintas. En el primero iniciaron 41 personas y fue terminado por 21 pacientes; en el segundo grupo piloto el proceso fue iniciado por 121 participantes y, de ellos, 75 lo completaron. En el seguimiento que se dio 2-3 meses después de la intervención se vio que los grupos mantuvieron una pérdida de peso de 3.8 y 4.5Kg respectivamente.

El programa fue denominado WAP, por sus siglas en inglés (Weight action program). Incluyó terapia cognitiva, sesiones grupales de apoyo y listas de tareas individuales. Las personas fueron tratadas en grupos de 7-18 personas. Recibieron 6 sesiones semanales y dos sesiones de seguimiento, con duración de 1 hora cada una. Las metas del programa fueron: disminución semanal de 0.45Kg, además que semanalmente cada persona debía cumplir con las tareas de su lista, verificaban los conocimientos adquiridos y también utilizaban una herramienta de un amigo de apoyo (Hajek et al, 2010).

Para monitorear el cumplimiento de las tareas usaron listas de chequeo, con podómetros registraban el nivel de actividad física y cada visita documentaban el peso corporal. Por otro lado, les aplicaron pruebas escritas para evaluar los conocimientos de calorías y alimentación saludable. Al final del proceso pidieron a los participantes que destacaran los aspectos más útiles del programa; ellos mencionaron el registro de consumo, las listas de tareas, el conocimiento calórico de los alimentos y el grupo de apoyo. Además, aseguraron que les motivaba la pertenencia al grupo y la generación de un espacio para compartir (Hajek et al, 2010).

Al final de la intervención mencionada en el párrafo anterior, no solamente se vio la pérdida de peso, sino, un incremento en el nivel de actividad física y una mejora en los hábitos alimentarios. El control semanal del peso motivaba a las personas que lograban la meta y mejoraban su asistencia al resto de las sesiones, sin embargo, tenía el efecto contrario en las personas que no lograban llegar a la meta. Aunque no existe un análisis de los resultados a largo plazo, este estudio ejemplifica algunas herramientas que podrían ser útiles para el proyecto O, como la lista de tareas y el “amigo de apoyo” que promueve el soporte social (Hajek et al, 2010).

#### **e. Apoyo familiar y social**

Otro aspecto interesante de analizar y tomar en cuenta es el efecto que tienen este tipo de programas en la familia de los individuos intervenidos y como la familia de los pacientes puede afectar o mejorar el desempeño de los mismos. Rossini et al (2011), evaluaron las modificaciones en el peso corporal y hábitos alimentarios de las familias de 149

sujetos que fueron intervenidos en programas de modificación de conductas para la pérdida de peso. Las familias reportaron una pérdida de peso promedio de 1Kg, disminución del consumo de alimentos de alta densidad energética, incremento del consumo de frutas y mayor actividad física.

Estos autores destacan la influencia social que tienen las relaciones interpersonales sobre la obesidad. Además, aseguran que la familia juega un rol primordial en la adquisición de hábitos dietarios saludables. Citan estudios como en Framingham Heart Studio, que ha demostrado una relación directa entre la ganancia de peso de una persona, con la ganancia de peso de su pareja (Rossini et al, 2011). Además, en la mayoría de las casas, se realizan compras para todos; por lo que la alimentación de los miembros de la familia está muy relacionada. Es por esto que las personas que conviven deben apoyar e incluso, estar dispuestos a cambiar también su estilo de vida, para de esta manera, favorecer los cambios en los pacientes intervenidos por estos programas de implementación de estilos de vida saludable.

En el estudio mencionado desarrollaron una intervención cognitiva conductual, con un total de 12 a 15 sesiones y reuniones semanales, con una duración de 120 minutos cada una. Trataron temas relacionados a estilos de vida saludable como ejercicio, actitudes, relaciones, y nutrición para el control de peso. Aprendieron a contar calorías y a monitorear la ingesta; estrategias de comportamiento para controlar estímulos y adquirir hábitos alimentarios regulares. Se les enseñó a identificar situaciones de alto riesgo que pudieran generar atracones, así como prevención y resolución de conflictos (Rossini et al, 2011).

Rossini et al (2011), concluyen que así como es fundamental el rol de la familia en el apoyo de individuos que participan de terapias cognitivas conductuales, también otros miembros de la familia se pueden ver beneficiados de los cambios en el estilo de vida que vengan producto de la terapia. Durante la intervención, las personas fueron invitadas a compartir la información con los miembros de su familia y personas cercanas. Se ha visto que extender las metas de pérdida de peso a la pareja, mejora los resultados. Con esto se podría



decir que el apoyo familiar es uno de los mecanismos directamente asociado al éxito de programas de modificación de estilos de vida.

## **6. Adherencia a prácticas saludables.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, de las personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, menos de un 30% cumple con las recomendaciones de comportamiento y hábitos saludables. Es normal que las personas con enfermedades crónicas tengan una baja adherencia a los comportamientos saludables, sin embargo, es muy complejo entender como adultos racionales mantienen comportamientos que son perjudiciales para su salud (Zuckoff, 2012).

### **a. Modelo de barreras**

Para explicar la falta de adherencia a tratamientos se ha desarrollado el modelo de barreras. Según Dones (2016), el modelo de motivantes y barreras, propone que los individuos son capaces de apegarse a hábitos saludables mientras perciban más motivantes que barreras. Si perciben más barreras, los individuos estarán menos propensos a iniciar y mantener hábitos saludables.

Entre las barreras más comunes para mantener comportamientos saludables se citan: complejidad de los requerimientos del régimen de hábitos saludables, falta de comprensión de los beneficios que se pueden obtener del régimen y la angustia emocional. Desde este punto de vista, la adherencia se puede promover identificando esas barreras y ofreciendo soluciones, como reducir el costo, simplificar el régimen, educación en cuanto a los beneficios de cambiar el estilo de vida, tratamiento para el estrés emocional, entre otras (Zuckoff, 2012).

Con respecto a esto; Mauro, Taylor, Wharton y Sharma (2008), citan una serie de aspectos que se deben considerar al tratar pacientes con obesidad, incluso cuando las personas ya están listas para hacer el cambio. En la tabla 3 se encuentran las principales barreras que estos autores destacan.



Tabla 3. Posibles barreras para el tratamiento de la obesidad, posible intervención y argumento para la toma de decisiones.

<b>Barrera</b>	<b>Intervención</b>	<b>Argumento para la toma de decisiones</b>
Falta de aceptación de la obesidad como una enfermedad crónica.	Educación de los pacientes y personal de salud	Para mantener el peso perdido se requiere un tratamiento de por vida.
Situación socioeconómica.	Adaptar la estrategia de intervención a la realidad socioeconómica de los pacientes	Es fundamental facilitar la adherencia a los tratamientos para la obesidad.
Aspectos de tiempo	Ajustar la intervención al horario del paciente incrementa la motivación y preparación para el cambio.	Brindar soluciones que sean prácticas y sostenibles.
	-Reemplazo de comidas. -Horario flexible para ejercicio.	Facilitar el control de porciones y enseñar preparaciones fáciles.
Saboteadores	Identificar los problemas -Terapia, soporte, motivación	Los sistemas de soporte son primordiales en el tratamiento de la obesidad.
Comorbilidades:		
-Salud mental.	-Diagnóstico y tratamiento para la depresión, déficit atencional y otros desórdenes psíquicos. -Reconocer y referir para el tratamiento del síndrome de atracones.	-Disminuir la depresión y facilitar la adherencia al tratamiento de la obesidad. -Terapia cognitiva-conductual enfocada a las actitudes hacia la comida y psicopatologías para facilitar la adherencia a hábitos saludables.
-Trastornos del sueño.	-Evaluar y tratar la apnea del sueño.	-Mejorar el sueño puede impactar positivamente la adherencia a los cambios y a la actividad física.
-Dolor.	-Tratamiento del dolor.	-Facilita la realización de actividad física.
-Enfermedad cardiovascular (ECV).	-Manejo de los síntomas de la ECV.	-Reducción del riesgo cardiovascular - Facilita la realización de actividad física.

<b>Barrera</b>	<b>Intervención</b>	<b>Argumento para la toma de decisiones</b>
-Enfermedad respiratoria.	-Diagnóstico y tratamiento adecuado para la disnea.	-Facilita la realización de actividad física.
-Enfermedad gástrica.	-Identificación y tratamiento de los síntomas del reflujo gastroesofágico.	-Evitar el uso de comida para el tratamiento del reflujo.
-Desórdenes endocrinos.	-Reconocimiento y tratamiento para la resistencia a la insulina, hipotiroidismo, Cushing e hipogonadismo.	-Los desórdenes endocrinos se debe estudiar justificadamente de acuerdo al historial médico.
Medicamentos	Selección de medicamentos	-Prevenir la ganancia de peso
Alcohol y abuso de sustancias	Asesorar y tratar adicciones	-Mejorar la adherencia al tratamiento de la obesidad.

Adaptado de: Mauro *et al*, 2008.

Muchas veces los pacientes y el personal de salud tienen la concepción de que la solución a la obesidad es la pérdida de peso, olvidando su origen multifactorial y la cronicidad propia de la patología. Además, después de la pérdida de peso, es fundamental prevenir la ganancia de peso, pues sin estrategias a largo plazo, ningún tratamiento es sostenible. Muchas veces los pacientes pueden estar preparados para la etapa de pérdida de peso, pero no están conscientes de que es necesario modificar el estilo de vida permanentemente (Mauro et al, 2008). De hecho, según Forman y Butryn (2015), menos del 20% de la población con sobrepeso u obesidad reporta éxito en la pérdida y mantenimiento del peso perdido.

Los aspectos que pueden sabotear la adherencia a prácticas saludables son muy variados. Por ejemplo, comer en exceso cuando se realizan encuentros sociales o no contar con una red de soporte familiar. La dinámica de cada familia es muy particular, cuando la cotidianidad de alguno de los miembros cambia, aunque sea para bien, se puede alterar todo el equilibrio; por lo que los familiares podrían resistirse a las modificaciones que se requieren para que una persona con obesidad adquiera hábitos saludables. Por esto, para que un

tratamiento sea integral, se debe incluir a la familia y contemplar los aspectos que podrían afectar a cada individuo (Mauro et al, 2008).

Estos autores también enfatizan la importancia de tratar algunas comorbilidades que podrían afectar la pérdida de peso y el mantenimiento del peso perdido, por ejemplo las comorbilidades psicológicas. Es normal que la obesidad esté asociada a desórdenes alimentarios, depresión, comportamientos obsesivos, ansiedad u otros síntomas psíquicos. Igualmente, las alteraciones del sueño, el dolor muscoesquelético, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias son comorbilidades que podrían afectar la adherencia al ejercicio físico, por lo que es fundamental su tratamiento paralelo a la instauración de hábitos saludables (Mauro et al, 2008).

A pesar de que se han realizado muchos estudios con respecto a las maneras más adecuadas para romper las barreras y promover hábitos saludables en la población, las cifras de adherencia siguen siendo muy bajas. Para contrarrestar esto se recomienda aplicar técnicas como la entrevista motivacional. Los programas que se enfocan en aplicar herramientas de la entrevista motivacional tienen mayor éxito en la modificación de hábitos que los programas que utilizan la entrevista tradicional. La entrevista motivacional permite conocer las barreras que percibe el paciente, además se enfoca en la autoeficacia, por lo que el participante identifica sus motivaciones y plantea las acciones, así se refuerzan las habilidades para el cambio y se potencia el empoderamiento (Ritter, Waldrop y Kitson, 2016).

Zuckoff (2012), dice que la motivación se rige por dos factores: la importancia que tiene el cambio para las personas y la confianza que tengan en ellos mismos para lograr el cambio. Para destacar la importancia del cambio se puede hacer una evaluación del costo-beneficio; sin embargo, si las personas no tienen confianza en que pueden cambiar, es muy poco probable que se esfuercen realmente.

Además de la motivación, se requiere un compromiso real para el cambio y ejecutar las acciones necesarias para hacerlo. Es importante conocer la preparación que tengan los pacientes para el cambio y usar esta información en la toma de decisiones para el abordaje que se defina. La teoría transteórica establece etapas por las que pasan las personas

cuando atraviesan un cambio. Estas son la precontemplación, en la que la persona ni siquiera considera la necesidad de ejecutar un cambio. La contemplación, en la que existe ambivalencia con respecto a la necesidad de cambio; hay un alto nivel de ansiedad, mientras las personas consideran si el cambio es necesario y posible. Al resolver esa ambivalencia se pasa a la preparación para el cambio, seguida por la acción y si se tiene éxito se llega a la etapa de mantenimiento. Además, en cualquier etapa se pueden presentar recaídas (Zuckoff, 2012).

### **b. Rasgos de la personalidad**

Panfilis et al (2008), han destacado que hay rasgos de la personalidad de los sujetos que también puede afectar la adherencia. Por ejemplo, una persona que es persistente probablemente tenga más éxito en un programa de modificación de hábitos, que una persona que se caracteriza por tener resistencia a los cambios. Estudiaron 92 mujeres con IMC promedio de 38,5; realizaron una intervención de 6 meses con dieta hipocalórica personalizada, terapia conductual y programa diario de actividad física leve-moderada. Se esperaba que las participantes tuvieran una pérdida de, al menos, el 10% del peso corporal. Mensualmente tenían control médico y registro del peso corporal. Las sesiones de nutrición y terapia conductual fueron individuales y los pacientes asistían cada dos semanas.

En el estudio de Panfilis et al (2008), midieron aspectos de la personalidad de los pacientes con un test llamado “Temperament and Character Inventory”. Esta herramienta evalúa cuatro dimensiones del temperamento (búsqueda de novedad, evitar el daño, dependencia de la recompensa y persistencia); y tres dimensiones del carácter (autodirección, cooperación y autotrascendencia). También aplicaron la “Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders- Patient Edition” (SCID-I/P), con la que analizaron la presencia de desórdenes psiquiátricos, incluyendo trastornos alimentarios. Todo esto con el fin de determinar si hay características específicas de la personalidad que están asociados a la adherencia a tratamientos de la obesidad (Panfilis et al, 2008).

En este estudio, concluyeron que aspectos de la personalidad como dificultad para confiar en otros, y baja necesidad de recompensa, se pueden ligar a una pobre adherencia a tratamientos de modificación del comportamiento en mujeres con obesidad.

Tener conocimiento de la personalidad de los pacientes puede ser útil al momento de planificar la intervención, pues es posible identificar aspectos críticos que estén ligados a la adherencia al programa para la pérdida de peso y abordarlos de manera personalizada según las necesidades de los participantes (Panfilis et al, 2008).

### **c. Terapia de resolución de problemas**

Murawski et al (2009), relacionaron las habilidades en la resolución de problemas con respecto al éxito para la pérdida de peso en un grupo de mujeres sedentarias con edades entre 50 y 75 años, IMC superior a 30 y un peso inferior a 159 kg. Hicieron una intervención de terapia grupal durante 6 meses para la adopción de hábitos saludables, con sesiones semanales de 90 minutos, dirigidas por un nutricionista, un psicólogo o un preparador físico. Incluyeron terapia cognitiva-conductual, enfatizando en factores físicos y sociales que pueden modificar los comportamientos y el ambiente de las personas. Se enfocaron en cuatro ejes educativos principales para la modificación del cambio: conocimientos en la dieta, actividad física, pérdida de peso y enfermedades; además motivaron a la autoeficacia y establecieron expectativas de los resultados con respecto a las modificaciones en dieta y ejercicio que se realizaran.

Brindaron herramientas que generaron habilidades para la autorregulación a través de metas, automonitoreo, motivación propia, control del estímulo y estrategias de reestructuración cognitiva. También promovieron la superación de barreras para el cambio a través de técnicas para la resolución de problemas. En cada sesión se medía el peso, se evaluaron los instrumentos de automonitoreo para el ejercicio y la nutrición, además, se planteaban metas para la siguiente sesión y se daban realimentaciones. Aunque se hacía una terapia grupal, los profesionales trabajaban con cada paciente para plantear las metas, brindar herramientas para la resolución de conflictos y; de ser necesario, se concretaban citas individuales para tratar aspectos más específicos (Murawski et al, 2009).

Cada persona se comprometió a llevar un registro diario de ingesta, a realizar 30 minutos de actividad física 6 días a la semana, o a incluir 3000 pasos diarios (extra a los que caminaban usualmente) y a disminuir la ingesta calórica en 500-1000Kcal. Los

participantes eran subvencionados con \$5 para cubrir el transporte a las sesiones y al terminar los 6 meses recibieron \$50. Al inicio del tratamiento recibieron un podómetro, materiales para el conteo de calorías, balanzas de alimentos, tazas medidoras, calculadoras y registros de consumo (Murawski et al, 2009).

En el mismo trabajo, Murawski et al (2009), aplicaron una metodología de 5 pasos para la terapia de resolución de problemas (TRP): orientación al problema desde un punto de vista positivo, definición del problema, generación de alternativas por medio de una lluvia de ideas, selección de la solución más viable, así como la implementación y monitoreo de la solución (Murawski et al, 2009).

Para evaluar la efectividad del programa midieron: las capacidades para la resolución de problemas, los registros de automonitoreo y el cambio en el peso corporal. Al final de la intervención pudieron correlacionar una mayor pérdida de peso con mejores capacidades para la resolución de problemas y con una mayor adherencia al tratamiento. Concluyeron que, en una intervención para el manejo de la obesidad, la TRP puede ser útil para la toma de decisiones del personal de salud, e igualmente para que los pacientes modifiquen su comportamiento (Murawski et al, 2009).

Muy pocos estudios han evaluado el uso de TRP en programas de modificación de hábitos saludables. Sin embargo, Perri et al (2001), respaldan los beneficios de aplicar esta metodología. Evaluaron un grupo de 80 mujeres con obesidad, aleatoriamente recibieron terapia conductual (TC), terapia para la prevención de recaídas (TPR) o TRP. Las pacientes tratadas con TRP tuvieron significativamente una mayor pérdida de peso que las tratadas con TC, además un porcentaje superior logró una pérdida de peso mayor al 10% y una mayor adherencia a las prácticas saludables.

#### **d. Terapias basadas en la aceptación**

De acuerdo a Forman y Butryn, (2015), la mayoría de los pacientes que se someten a tratamientos para la pérdida de peso, después de 5 años recuperan parcial o totalmente el peso perdido. La ganancia de este peso se atribuye a que las personas no suelen

mantener los hábitos que aprendieron durante el programa, pues la motivación disminuye al finalizar el seguimiento. Según estos autores, los participantes no contemplarán la permanencia de estos comportamientos saludables, a menos de que interioricen los beneficios a largo plazo y se conviertan en metas de un sistema de valores articulado para cuidar y mantener su salud.

Es normal que las personas sostengan metas incompatibles entre ellas, como mantener una salud adecuada y satisfacer todos los placeres hedónicos al consumir alimentos densamente calóricos y pobres nutricionalmente. Los procesos sobreentendidos tienden a favorecer la satisfacción inmediata sobre las metas a largo plazo. Así, la falta de conciencia en cuanto a los hábitos deriva en sedentarismo y consumo desmedido de alimentos. Mientras que, una mejor comprensión del proceso de toma de decisiones lleva al mantenimiento de los comportamientos saludables (Forman y Butryn, 2015).

Según Forman y Butryn (2015), la teoría de la autodeterminación explica que, el mantenimiento de los hábitos adecuados se facilita por la internalización de valores que promueven la capacidad para aceptar y asumir la regulación autónoma de los comportamientos. En este documento, para referirse a esta capacidad de asumir la autorregulación, se utilizan indistintamente las palabras autodeterminación y empoderamiento.

En estudios se ha visto que las personas que recuperan el peso perdido suelen tener prácticas de alimentación emocional. La capacidad de aceptación del estrés, la ansiedad, la tristeza y otros sentimientos negativos de la vida es un predictor del mantenimiento de hábitos saludables. Al aceptarlas, se cuenta con una menor disposición a suprimirlas o canalizarlas por medio de comportamientos como atracones de alimentos o el uso de estupefacientes (Forman y Butryn, 2015).

Forman y Butryn (2015) sugieren aplicar terapias basadas en la aceptación (TBA) para el mantenimiento de hábitos saludables. Entre ellas se encuentran las terapias cognitivas basadas en mindfulness, terapia dialéctica de comportamiento (TDC) y terapia de aceptación y compromiso (TAC). Existe mucha evidencia, como se ve a



continuación, que prueba la efectividad de estas terapias en el tratamiento de depresión, ansiedad, modificación de comportamiento en pacientes con diabetes y otros.

Algunos estudios han comparado intervenciones que incluyen TBA con terapia cognitiva conductual regular (TCC) en el control de la ansiedad y los antojos de alimentos. Se han visto mejores resultados en pérdida de peso e incremento de la actividad física al aplicar TBA, incluso cuando los participantes reciben únicamente talleres de algunas horas en TBA. Por ejemplo, en un estudio 128 adultos obesos fueron distribuidos al azar en una TCC y en una TBA. Para ambos grupos se llevaron a cabo 40 sesiones grupales (durante 1 año), que incluían restricción calórica, prescripción de actividad física e intervención psicológica. Al realizar un seguimiento, 6 meses después de finalizar la intervención, los pacientes que se sometieron al TBA reportaban una pérdida de peso del 11%, mientras que los que participaron en el TCC alcanzaban una pérdida de peso del 4.8% (Forman y Butryn, 2015).

Así se cree que la TCC aporta herramientas para modificar el comportamiento, pero podrían no ser suficientes. Las TBA brindan un análisis más integral, promueven la resiliencia y preparan para los retos que pudieran existir en la adherencia a comportamientos saludables, prevención de recaídas y planificación de las acciones por tomar en situaciones de riesgo. Clarifican los valores que mejoran la tolerancia a eventos estresantes para asumir un compromiso con los hábitos saludables y consciencia en la toma de decisiones, disminuyendo así la brecha que pudiera existir entre las intenciones en salud y los comportamientos (Forman y Butryn, 2015).

Como se dijo anteriormente, las TBA actúan por tres mecanismos: tolerancia al estrés, mindfulness en la alimentación y promoción de la motivación interna a través de la aceptación y el compromiso (Forman y Butryn, 2015).

A continuación, se detallan algunas técnicas que se han aplicado en intervenciones relacionadas al mantenimiento de una dieta balanceada y de actividad física.



### **i. Mindfulness**

Estas técnicas utilizan el entrenamiento de la atención consciente para promover el adecuado manejo de las emociones. La atención consciente se puede aplicar por medio de técnicas de meditación, yoga, respiración consciente o por otras herramientas de concientización, que promueven el control de la ansiedad y el estrés. Con esto, se busca enfocar la atención en el momento presente, sin juzgar; promoviendo que la persona modifique su punto de vista usual y pueda interpretar y asimilar patrones de pensamientos, emociones y comportamientos; facilitando así la capacidad de mejorar las respuestas usuales (Godsey, 2013).

Estas técnicas de atención consciente se han ligado con adherencia a comportamientos saludables en personas con desórdenes alimentarios. En los estudios se ha visto una reducción en la ingesta energética y mayor frecuencia en la elección de alimentos saludables. Godsey (2013) considera que el autoconocimiento, junto con herramientas para sobrellevar hábitos inadecuados, puede ser una combinación para adquirir y mantener comportamientos saludables. Sin embargo, Forman y Butryn (2015), aseguran que no se ha comprobado el efecto a largo plazo que tienen las terapias con mindfulness para el apego dichos comportamientos.

Según la revisión bibliográfica de Godsey (2013), la mayoría de los estudios que incluyen la atención consciente en intervenciones para instaurar hábitos saludables aplican yoga y la población es mayormente femenina. Es necesario estudiar el tema con mayor profundidad; sin embargo vale la pena incluir técnicas de yoga, meditación o respiración consciente en una intervención como el proyecto O.

### **ii. Terapia dialéctica de comportamiento**

Wisniewski (2003), dice que la TDC (Terapia Dialéctica del Comportamiento) mezcla técnicas de la TCC con estrategias basadas en la aceptación para tratar pacientes con desórdenes de la personalidad, que mantienen comportamientos autodestructivos. Igualmente, según Salbach, Bohnkamp, Pfeiffer, Lehmkuhl y Miller (2008),

esta línea de tratamiento brinda a los terapeutas una jerarquía conductual para guiarse hacia las emociones que se deben regular, aportando también herramientas para fortalecer el compromiso con el cambio.

La TDC desarrolla cuatro habilidades específicas: regulación de las emociones, tolerancia al estrés, habilidades interpersonales y la atención plena. Así, pretende direccionar el enfoque de la atención y disminuir los problemas interpersonales, mientras que se controlan las emociones y el estrés. De esta manera, se busca constancia y regularidad en los comportamientos, aunque el estado de ánimo varíe (Wisniewski, 2003).

Salbach et al (2008), consideran que la TDC se puede aplicar en personas con desórdenes alimentarios bajo la teoría de que estas alteraciones se dan porque las personas tienen una vulnerabilidad biológica para regular las emociones y para identificar los estímulos de hambre y saciedad. Esta vulnerabilidad en un ambiente específico podría propiciar el desarrollo de un desorden alimentario.

Según Soleimania, Ghasemzadeh y Ebrahimnezhad (2012), la TDC funciona para atacar comportamientos que son producto de desórdenes emocionales. Ellos suponen que una de las causas de los atracones con alimentos es la baja autoestima, por lo que utilizaron la TDC para mejorar la autoestima de mujeres que padecen el síndrome del atracón. Probaron que con esta técnica se mejora la autoestima, sin embargo no mencionan si las implicadas disminuyeron la frecuencia de los atracones.

Safer y Jo (2010), compararon una intervención de TDC con una intervención psicoterapéutica tradicional para tratar el síndrome de atracones. Ambos tratamientos demostraron ser efectivos, pero al inicio del proceso, el grupo que participaba en la TDC tuvo una disminución mayor en la frecuencia de los atracones que el grupo de la terapia tradicional. Sin embargo, este efecto diferenciador se perdió durante el seguimiento (un año después) por lo que no pudieron probar su efectividad superior a largo plazo. En todo caso, parece que la TDC tuvo mayor aceptación entre los pacientes, pues este grupo presentó una deserción de un 4%, mientras que la psicoterapia tradicional tuvo una deserción de 33%.

### iii. Terapia de aceptación y compromiso

La TAC (Terapia de Aceptación y Compromiso) plantea que mucho del estrés que experimentan las personas está ligado al apego excesivo a pensamientos, sentimientos y experiencias internas que generan disconformidad. Por esto, predomina una tendencia a evadir estos sentimientos aplicando mecanismos que generan satisfacción a corto plazo, pero no son congruentes con los objetivos a largo plazo de las personas. Así, la primera meta de la TAC es que los pacientes adquieran una flexibilidad psicológica que les permita disfrutar del momento presente por completo y sin juzgar, para abandonar comportamientos destructivos y apearse a las decisiones que obedecen a un juicio de valor propio y permanente (Juarascio, Manasse, Shumacher, Espel y Forman, 2016).

Göran (2014) realizó un meta-análisis de los estudios que prueban el uso de TAC y la comparan con otras técnicas psicoterapéuticas para el tratamiento de una serie de patologías. Según este autor, respecto al manejo de la obesidad y el sobrepeso, esta terapia se encuentra en etapa experimental y aún no se puede asegurar su eficacia, por lo que es necesario realizar más estudios.

Igualmente, Juarascio et al (2016) también afirma que es necesario desarrollar más estudios para probar la efectividad de las TAC en el tratamiento de obesidad y desórdenes alimentarios, pero todo parece indicar que las terapias cognitivas de tercera generación pueden ser herramientas útiles al tratar pacientes que presentan desórdenes alimentarios.

Forman y Butryn (2015), dicen que no se han realizado suficientes estudios para definir cuál de estas intervenciones sería la ideal en el manejo de la obesidad. Estas técnicas psicoterapéuticas que promueven el apego a hábitos saludables son muy nuevas, por lo que los estudios aún no son tan contundentes, sobre todo para comprobar su efectividad a largo plazo. Sin embargo, vale la pena estudiarlas a profundidad e incorporar aspectos de las mismas en el proyecto O para enriquecer el modelo que se aplica actualmente.

Los resultados expuestos son controversiales, pero se identifican aspectos clave en el éxito de estos programas para la pérdida de peso y adhesión a estilos de vida saludables. Existen muchos enfoques y metodologías para el tratamiento de la obesidad, así como herramientas que buscan la adherencia permanente a los cambios; sin embargo, es fundamental que la intervención se adapte a la población meta. Implicaciones técnicas como la dieta, la actividad física y la terapia de comportamiento son fundamentales, pero tampoco se pueden olvidar otras características, como empatía del personal tratante, auto-monitoreo y herramientas básicas que deben incluirse al plantear un programa de atención integral y multidisciplinario de la obesidad, buscando disminuir y enfrentar barreras.

### **III. OBJETIVOS**

#### **A. Objetivo General.**

Proponer recomendaciones al proyecto O, de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica, que promuevan la modificación y adherencia a prácticas saludables en los pacientes con obesidad.

#### **B. Objetivos Específicos.**

1. Comparar la metodología del proyecto O (aplicada en el segundo semestre 2013 y el 2014), con las recomendaciones metodológicas expuestas por algunos autores que han estudiado el abordaje integral de la obesidad.

2. Analizar los aspectos identificados por los participantes del proyecto O, como barreras y facilitadores en la adherencia a las prácticas necesarias en el desarrollo de hábitos saludables en pacientes con obesidad.

3. Analizar los aspectos identificados por los profesionales implicados, como barreras y facilitadores en la adherencia a las prácticas necesarias en el desarrollo de hábitos saludables en pacientes con obesidad.

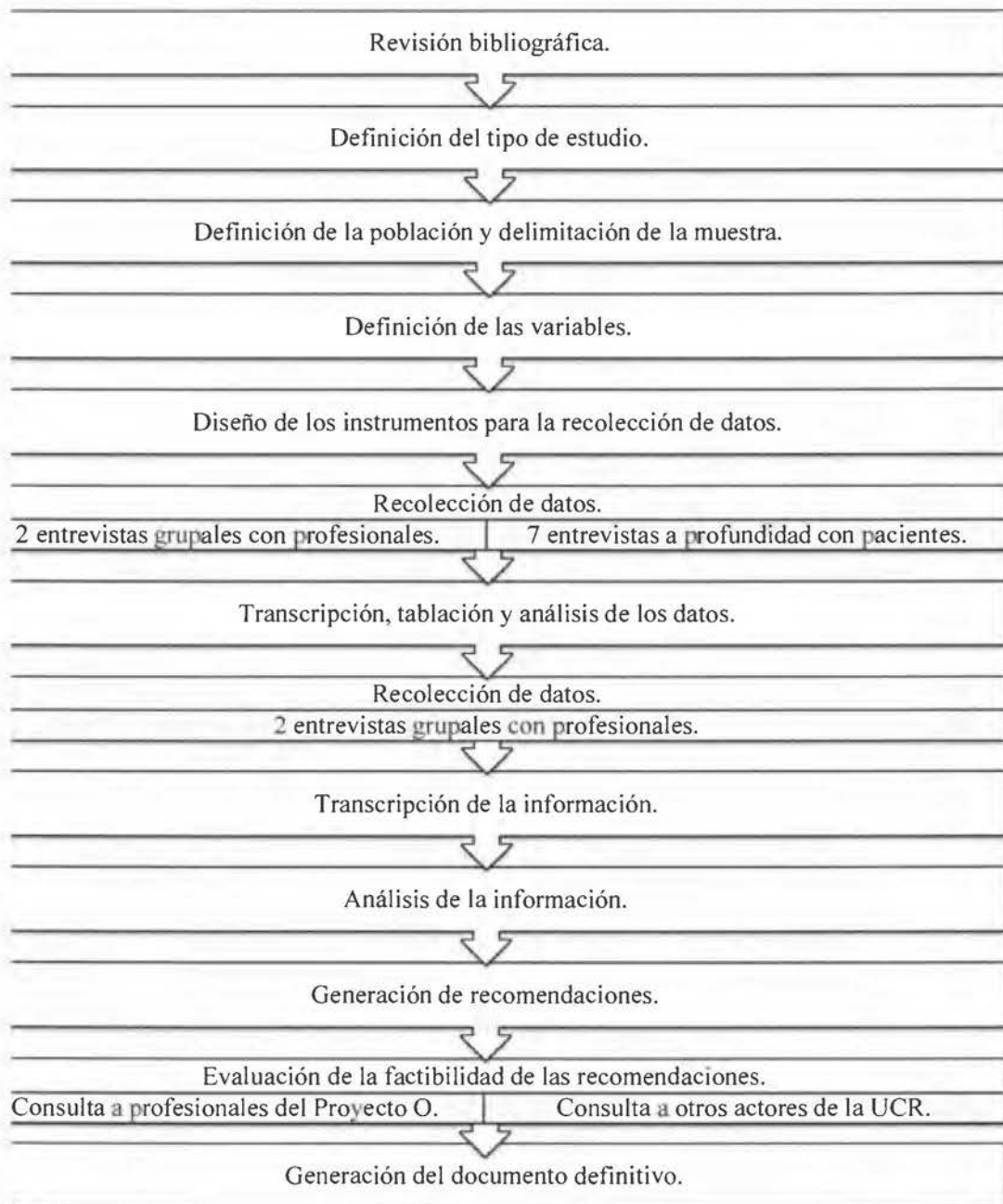
4. Plantear, en conjunto con los profesionales de la OBS, recomendaciones para la adecuación de una metodología que promueve la adherencia a las prácticas necesarias en el desarrollo de hábitos saludables en pacientes con obesidad.

5. Reconocer los obstáculos y facilidades que tuvieron los profesionales al desarrollar el proyecto O.

#### **IV. MARCO METODOLÓGICO**

Para cumplir con los objetivos planteados se siguió la estrategia metodológica que se describe a continuación y se resume en la figura 1. Se realizaron entrevistas a profundidad individuales con los pacientes que terminaron todo el proceso de año y medio con el primer grupo del Proyecto O. Las entrevistas se llevaron a cabo desde setiembre hasta noviembre del 2015. Con las profesionales se realizaron cuatro entrevistas grupales, en los primeros dos, participaron tres personas y en los otros únicamente dos de las profesionales estuvieron presentes. Las entrevistas grupales 03 y 04 con las facilitadoras se ejecutaron cuando estaban planificando la intervención del 2016, por lo que algunas de las sugerencias discutidas fueron aplicadas por el equipo de profesionales con el grupo del Proyecto O 2016.

Igualmente, en las entrevistas grupales 03 y 04, las profesionales mencionaron aprendizajes obtenidos después de la experiencia con el segundo grupo del proyecto O (intervención del 2015). Algunas de estas impresiones también se mencionan en este informe, porque son aportes importantes y dan pie a modificaciones que se incluyen en la discusión.



**Figura 1.** Esquema resumen de la metodología seguida en esta investigación

Es importante tomar en cuenta que las entrevistas a los pacientes se llevaron a cabo casi un año después de finalizar el programa, por lo que esta investigación también fue un insumo para evaluar el mantenimiento de los participantes. Aunque no se realizaron mediciones, se identifica que algunos han logrado apegarse a los hábitos saludables, mientras que otros no lo han hecho.

### **A. Tipo de estudio**

La primera parte del estudio contempla aspectos de la investigación cualitativa, pues busca profundizar en la experiencia y puntos de vista de todos los implicados (profesionales y pacientes) en el proyecto O. Este estudio siguió un diseño flexible, en el que fue posible cambiar aspectos metodológicos durante el desarrollo de la investigación para adecuar el procedimiento y obtener información pertinente; por ejemplo, se aumentó la cantidad de entrevistas grupales con las profesionales.

También se puede decir que es de tipo retrospectivo, pues se estudió lo ocurrido con los participantes del primer grupo que estuvieron desde el inicio del proyecto O en mayo del 2013, hasta su culminación en noviembre del 2014.

Además, este estudio busca ser explicativo analítico, pues se analizan los aspectos que facilitaron o dificultaron la adherencia de los participantes a prácticas saludables en este periodo de tiempo. Se relacionó lo ocurrido con lo que se ha descubierto en otros estudios. Así, se generaron recomendaciones para que los profesionales esquematicen y fomenten prácticas saludables, de una manera integral, en los pacientes con obesidad que se incluyen en dicha intervención de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica.

### **B. Población y muestra**

No se trabajó con muestras, si no que se contempló la totalidad de las poblaciones. Se estudió dos poblaciones: 1) los estudiantes y funcionarios con obesidad 2) las profesionales a

cargo de la intervención. Las informantes de las entrevistas grupales son las tres profesionales que llevaron a cabo la intervención; una médica, una psicóloga y una nutricionista que laboran en la Oficina de Bienestar y Salud.

La población participante del proyecto se constituye por los 6 funcionarios y 1 estudiante de la Universidad de Costa Rica, que concluyeron todo el proceso del primer grupo del Proyecto O. Los únicos requisitos para ser incluidos en el programa, fue que las personas fueran estudiantes o funcionarios de la Universidad de Costa Rica y tuvieran un IMC superior a 30. La mayoría de los participantes son pacientes de la consulta médica, nutricional o psicológica de la Oficina de Bienestar y Salud.

Fueron excluidas de este estudio las personas que abandonaran el proyecto O antes de su culminación en noviembre del 2014 o que fueran incluidas en el programa en cualquier momento posterior a mayo del 2013.

### **C. Definición de categorías**

A continuación, se describen las principales variables de este estudio

1. Metodología para el abordaje integral de la obesidad: se refiere a los aspectos metodológicos que caracterizaron la intervención del proyecto O, desarrollada desde mayo del 2013 hasta noviembre del 2014.

2. Barreras para la adherencia: se destacan aspectos que entorpecieron el proceso de modificación de prácticas para adquirir hábitos saludables. Esta categoría contempla tanto las barreras que son identificadas por los profesionales, como por los participantes del estudio. Estas barreras pueden implicar fallos en el desarrollo metodológico, aspectos que ocurrieran durante el proceso o situaciones específicas de los pacientes.

3. Facilitadores para la adherencia: implican aspectos que promovieron la modificación de prácticas para adquirir hábitos saludables, pueden ser características individuales del proceso de cada participante o pueden ser factores metodológicos del proyecto O. En esta categoría los



aspectos también fueron identificados tanto por los profesionales, como por los participantes del estudio.

4. Barreras para el buen manejo de un proyecto: se refiere a las situaciones que enfrentaron los profesionales que pudieran haber dificultado el manejo de un proyecto integral como el Proyecto O.

5. Facilitadores para el buen manejo de un proyecto: se refiere a los aspectos que pudieran facilitar el desarrollo y ejecución del proyecto O por parte de los profesionales.

#### **D. Recolección de datos.**

A continuación, se describe la metodología que se siguió para esta investigación. Se pretendió evaluar el proceso del proyecto O de una manera holística, contemplando tanto aspectos del diseño y desarrollo metodológico, como barreras, facilitadores y situaciones personales de los participantes (Taylor y Bogdan, 1987). Uno de los insumos para este informe fue la evaluación cuantitativa y el análisis de los resultados que elaboran los profesionales implicados en el proyecto, por lo que la ejecución de ese análisis no corresponde a este proyecto de graduación.

##### **1. Acercamiento y entrevistas grupales con los profesionales**

El acercamiento a las profesionales implicadas se hizo por medio de la nutricionista de la OBS, ella fue la encargada de coordinar las reuniones para realizar las entrevistas grupales y recolectar la información pertinente al desarrollo del proyecto O desde el punto de vista de la psicóloga, la médica y la nutricionista. Al momento de la recolección de datos el encargado de actividad física se encontraba fuera del proyecto, por lo que su criterio no fue incluido en este estudio. En las primeras dos entrevistas grupales se encontraron las tres profesionales y en las otras dos únicamente la psicóloga y la nutricionista, pues fue imposible para la médica asistir en los horarios convenidos.

Las entrevistas grupales se llevaron a cabo en la oficina de la nutricionista de la OBS, en la sede Rodrigo Facio, de la Universidad de Costa Rica en San Pedro de Montes de Oca. Estas entrevistas grupales fueron dirigidas por la estudiante que desarrolló este proyecto final de graduación.

Para iniciar la recolección de impresiones, se solicitó a las profesionales que expusieran lo que percibieron de cada etapa de trabajo. Ellas analizaron su participación en el proyecto, así como el proceso del grupo. Se dio un espacio para que destacaran aspectos que podrían mejorarse de la intervención en el campo de cada una, así como en el campo de los demás; y también se mencionaron las características positivas que deben reforzarse para la próxima vez que se ejecute el proyecto O.

Como se dijo anteriormente, en las primeras dos entrevistas grupales, estuvieron presentes tres de las profesionales y se siguió la guía del Anexo 3; algunos de los temas fueron ampliados de acuerdo a la dinámica de la reunión y como se consideró pertinente. Se habló de la planificación, el reclutamiento, la evaluación inicial, así como las generalidades del proceso, aspectos que pudieron mejorarse y aspectos que se desarrollaron apropiadamente de cada etapa del proyecto.

Las entrevistas grupales se grabaron con audio y además se tomaron algunos apuntes sobre las percepciones de la investigadora con respecto a reacciones y la dinámica de grupo de las participantes. Con base en los resultados de estas dos entrevistas grupales, se realizaron correcciones para la guía de las entrevistas a profundidad que, posteriormente, se llevó a cabo con cada participante del Proyecto O.

Se realizaron dos entrevistas grupales más con la psicóloga y la nutricionista, después de realizar las entrevistas a profundidad con los pacientes. Para estos se siguió la guía del Anexo 4. La información recolectada en las primeras dos entrevistas grupales y en las entrevistas a profundidad fueron un insumo para estas otras entrevistas grupales; pues en ellas se expusieron las barreras, facilitadores y recomendaciones exploradas con los pacientes y con las mismas profesionales. Esta información también se complementó con aspectos relevantes

de la teoría consultada. Se generó un espacio para discutir recomendaciones que podrían adaptarse a la realidad del proyecto O y de la Oficina de Bienestar y Salud.

Al realimentar con información recopilada también se pretendió que los profesionales pudieran aplicar algunas de estas recomendaciones incluso antes de que estuviera listo este documento. Igualmente, estas entrevistas grupales se grabaron con audio y además se tomaron algunos apuntes sobre las percepciones de la investigadora con respecto a reacciones y la dinámica de grupo de profesionales.

## **2. Acercamiento y entrevistas a profundidad con los participantes del proyecto O.**

Posterior a las primeras dos entrevistas grupales, se realizaron entrevistas a profundidad con los 7 participantes que completaron todas las etapas de la intervención. Estos fueron contactados por la nutricionista del Proyecto O, para solicitar su apoyo e informarles que se les estaría localizando para realizar la entrevista. El primer contacto se hizo de esta forma, buscando que los pacientes sintieran más confianza y esto aumentara su disposición a colaborar en la investigación.

Seguidamente, la encargada de esta investigación llamó por teléfono a las personas y se les asignó una cita. Se pasó un breve formulario con el fin de conocer algunas características sociodemográficas y otros aspectos necesarios para caracterizar la población (Ver Anexo 5). Se le explicó a las personas, utilizando la carta de presentación que se encuentra en el Anexo 6, que toda la información recolectada es confidencial, el nombre del proyecto, el fin de la investigación, las razones por las que se está haciendo y la importancia de su participación, así como el procedimiento por seguir durante la entrevista.

Una de las entrevistas se realizó vía telefónica, pues fue imposible concretar una cita con la participante. Igualmente, no se pudo grabar la entrevista, por lo que se tomaron notas y se escribieron citas textuales de la paciente. Esta información se transcribió de manera inmediata. El resto de las entrevistas se grabaron con audio y fueron transcritas.

Para las entrevistas a profundidad se utilizó la guía de temas que se incluyen en el Anexo 7. Con estas entrevistas se buscó conocer las razones por las que las personas se unieron al proyecto O, aspectos que motivaron o dificultaron la asistencia a las sesiones, la adherencia a los cambios relacionados, así como su percepción con respecto a los temas abordados y su progreso durante cada una de las etapas. Se rescataron las sugerencias, al igual que los aspectos positivos y negativos que destacó cada individuo.

Se buscó ahondar en temas personales, las motivaciones y situaciones que cada uno vivió durante la intervención, para identificar las barreras, al igual que los facilitadores y como eso afectó su apego a las prácticas saludables, asistencia a las sesiones, percepción del proyecto y experiencia en el proceso.

### **3. Salvaguarda de la información.**

Para mantener la ética como un pilar de esta investigación, proteger a los sujetos humanos participantes (e informantes) y para respetar un procedimiento de control de calidad; únicamente la encargada de la investigación tuvo acceso a las grabaciones de la información recolectada. Estas grabaciones se mantendrán almacenadas por un período de un año después de presentado el trabajo final de graduación; posterior a este tiempo todos los materiales serán destruidos y solamente será posible acceder a la información mediante el documento final escrito.

### **E. Análisis de los datos**

Todas las grabaciones de las entrevistas y entrevistas grupales fueron transcritas y analizadas con el software libre QDA Miner, que facilita la codificación de las categorías de análisis de los datos recolectados; permitiendo la síntesis, búsqueda y recuperación de información.

Por la naturaleza del análisis cualitativo, con este programa no se pretendió sistematizar el procedimiento. El objetivo de su uso es facilitar la segmentación de citas, codificación y la

escritura de comentarios; proceso que implicaría mucho más tiempo si se realizara manualmente.

Se llevó a cabo un análisis cualitativo, considerando información explícita e implícita brindada por pacientes y profesionales. También se hizo una revisión bibliográfica que contempló la metodología usual para tratar la obesidad y estudios en los que se evalúan metodologías integrales, multidisciplinarias y nuevas tendencias. Posteriormente se realizó una triangulación de la opinión de los pacientes, con la información adquirida de las entrevistas grupales con los profesionales y la información teórica; para establecer una teoría sobre los aspectos que facilitan o dificultan la adherencia a prácticas saludables en intervenciones como el Proyecto O.

Para todo esto se debió leer exhaustivamente todas las transcripciones de las entrevistas grupales y entrevistas a profundidad, así como las notas recuperadas del cuaderno de campo; para tener un panorama profundo y global de la información. Con base en esto y a los objetivos del estudio se generaron categorías emergentes, que complementarían las categorías preestablecidas. Seguidamente se reforzaron las entrevistas grupales y las entrevistas con las anotaciones y comentarios recolectados por la entrevistadora, referentes a las frases dichas por los sujetos del estudio.

Se codificó cada informante, cada entrevista grupal hecha con los profesionales, al igual que cada entrevista con pacientes del proyecto O. A los segmentos que comparten un mismo significado, naturaleza y características se les asignó una misma categoría. Primeramente, se buscó incluirlas en las categorías predeterminadas y después se contempló la inclusión de las nuevas categorías.

Para las nuevas categorías se desarrolló una conceptualización y descripción que buscó mantener la concordancia con lo que se incluye en cada una de ellas. Después de realizar la primera codificación, se analizaron nuevamente todas las categorías para contemplar la posibilidad de unir varias categorías en una sola o eliminar las innecesarias y se chequeó para asegurar que cada categoría es excluyente. Finalmente, estas se agruparon en familias de acuerdo a los objetivos de la investigación.

La información cuantitativa que corresponde a la caracterización de la población en estudio; se analizó utilizando el programa Excel, de Microsoft Office.

También se ejecutó una revisión bibliográfica de estudios que han evaluado un abordaje integral para el tratamiento de la obesidad y la adherencia a prácticas saludables. La evidencia se consideró para hacer un diagnóstico y análisis de la metodología aplicada en el proyecto O, al igual que para generar algunas de las recomendaciones. Esta revisión se realizó en tres etapas: 1) antes de recolectar los datos, para generar conocimientos respecto a las tendencias en el manejo integral de la obesidad, que facilitarían la comprensión del proceso y la elaboración de la guía de temas para los grupos. 2) después de recolectar los datos, para actualizar la información y generar las recomendaciones más adecuadas y 3) al analizar la información para justificar con citas científicas los hallazgos de esta investigación.

Se llevó a cabo un estudio de las percepciones de los profesionales y de los participantes, en cuanto al desarrollo del proyecto para el manejo integral de la obesidad. Se reconstruyó la línea de tiempo del Proyecto O y, con las dirigentes y los participantes, se evaluó la metodología usada en las diferentes fases. Se contempló el proceso integral, analizando los cambios ocurridos en cada periodo. Se tomó en cuenta la duración total de la intervención y de cada una de las etapas. Además se indagó en aspectos como método de reclutamiento, homogeneidad de la población, entre otros.

De la mano con las profesionales, se valoraron las metodologías aplicadas durante cada sesión, el tipo de dieta prescrita para cada paciente y la adherencia a la misma, el tratamiento médico, el abordaje para la actividad física y el análisis psicológico en cada etapa. También se consideraron los temas de las sesiones, así como la planificación de las mismas y la opinión de los profesionales evaluando el proceso que llevarán ellas mismas en sus áreas y sus compañeras en las áreas respectivas. También se consideró la frecuencia con que el grupo se reunía y la tasa de deserción. Igualmente, se analizó los métodos que utilizaban los profesionales para estimular a los participantes a asistir a cada uno de los encuentros, ya fuese grupal o individual.

Como se mencionó anteriormente, se utilizó la información teórica, en conjunto con la recopilada en las primeras entrevistas grupales y en las entrevistas a profundidad, para plantear

las recomendaciones para una propuesta metodológica que busca facilitar la modificación de estilos de vida y la adherencia a prácticas saludables en los pacientes con obesidad que participan del proyecto O. Se discutió con los facilitadores los datos obtenidos, procurando que estas recomendaciones fueran factibles y adecuadas a los medios de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica, a la población atendida y a las facilidades de los profesionales que ejecutan este programa de manejo integral del adulto con obesidad.

Una vez finalizado el análisis de toda la información, incluyendo las entrevistas grupales finales, se redefinieron las categorías y se evaluó la posibilidad de articular con otras unidades universitarias para fortalecer el proyecto y se desarrolló una propuesta metodológica que se encuentra en el Anexo 8.

#### **F. Análisis de la factibilidad de una recomendación**

Se llevó a cabo una reunión con la Directora del Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario (PREANU) para analizar la disposición que tuviera este programa en apoyar o relacionarse con el Proyecto O. Con el mismo fin, se realizó también una reunión con Marcela León, especialista en trastornos de la alimentación y profesora de la Escuela de Psicología. De esta manera se pretende generar una red de apoyo inter-unidad para ofrecer herramientas a algunas de las personas que necesitan modificar conductas y adquirir hábitos saludables, por lo que aplican al Proyecto O y no son elegidos porque no cumplen con los criterios de inclusión.

Después de recopilar esta información se realizó una reunión con la psicóloga y otra reunión con la nutricionista del Proyecto O, para evaluar realmente que tan factible es la propuesta, finalmente se puso en contacto a todos los implicados, por medio de un correo electrónico y comunicaciones personales con cada uno, pretendiendo que se organizaran para reunirse ellos y definir una metodología adecuada.



## V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las personas con obesidad suelen ser sedentarias y mantienen comportamientos inadecuados con respecto a su alimentación. Entre estos está seleccionar alimentos de baja calidad nutricional, consumir grandes cantidades de alimentos y el incumplimiento a los horarios de alimentación.

Varios de los participantes mencionaron otros hábitos inadecuados, por ejemplo: comer sin pensar lo que están haciendo, pues acostumbraban hacer otras cosas mientras consumían los alimentos y restarle importancia al espacio de alimentarse. Mencionaron el hábito de comer hasta dejar el plato vacío, sin concientizar las señales fisiológicas de saciedad. Igualmente, se refirieron al apego emocional que tienen a algunos alimentos porque les recuerdan situaciones de la infancia y así ligan alimentos a sentimientos.

De acuerdo a los entrevistados, cuando se logra modificar alguno de estos problemas, las personas empiezan a notar mejoras en su salud y eso los motivaba a continuar con los cambios. Por ejemplo, varios de ellos aseguraron que, al respetar todos los tiempos de comida, empezaron a experimentar cambios en el peso corporal. Una de ellas dijo: *“lo que más me engordaba era mi descontrol con las comidas, yo a veces desayunaba y volvía a comer hasta las 9 de la noche”* E-05.

El proyecto O busca empoderar a las personas para cambiar estos hábitos alimentarios, promover la actividad física y consolidar hábitos saludables. Fue imposible evaluar visualmente a una de las participantes, pues no se pudo hacer la entrevista en persona, si no que fue vía telefónica. Es importante destacar que, considerando las percepciones y el aspecto físico de los participantes, impresiona que, de los seis que fueron entrevistados personalmente, tres han mantenido una rutina constante de ejercicio y una dieta adecuada.

De los siete participantes, seis eran mujeres funcionarias de la Universidad y uno hombre estudiante. La población se ubica en un rango de edad que va desde los 23, hasta los 58 años, con una mediana de 52 años. Al momento de la entrevista, cinco personas eran residentes de San José, una de Heredia y una de Cartago. Respecto al máximo grado académico



con que cuenta: dos cuentan con una Licenciatura Universitaria, una tiene estudios Universitarios incompletos y cuatro con un grado de Diplomado Universitario. Las ocupaciones de los participantes son: estudiante, técnica en administración, técnica de compras, técnica especializada, secretaria, fisioterapeuta y abogada.

En este apartado se incluyen, principalmente los resultados y la discusión de la información recopilada respecto al proceso del grupo del 2013 y 2014. Sin embargo, como se mencionó en la metodología, durante el 2015 se ejecutó el programa con un nuevo grupo, por lo que en las entrevistas grupales 03 y 04 los profesionales enriquecieron la información con esta segunda experiencia, acá se mencionan algunos aspectos relevantes de los aprendizajes que tuvieron los informantes con el grupo del 2015.

Primero se reconstruye cronológicamente el desarrollo del proyecto de acuerdo a los informes desarrollados por los profesionales y las afirmaciones recopiladas en las entrevistas grupales. Entre la información brindada por las profesionales, se incluye mayor cantidad de citas de una de ellas. Sin embargo, esto se dio así porque sus comentarios fueron acertados y validados por las otras dos profesionales.

Seguido de la construcción cronológica del Proyecto O, se incluyen las barreras y los facilitadores derivados de las entrevistas grupales y las entrevistas a profundidad con participantes de este estudio. Esta sección inicia con un pequeño esquema de todas las barreras y todos los facilitadores que se describen en este apartado.

Igualmente, como se mencionó en el marco metodológico, en el Anexo 8 se encuentra la propuesta metodológica para el proyecto O, en la que se sintetiza este análisis y la teoría con recomendaciones para cada etapa del proyecto (reclutamiento, diagnóstico, ejecución, evaluación y seguimiento), considerando aspectos relevantes para los ejes de medicina, psicología, actividad física y nutrición.

## **A. Línea del tiempo del Proyecto O.**

El proyecto nace de la idea de crear un espacio en el que se permita el trabajo conjunto de las distintas áreas de la Oficina de Bienestar y Salud. Los profesionales implicados proponen que el tema por estudiar sea obesidad, pues aunque hay muchos estudios al respecto, el porcentaje de personas que padecen esta patología sigue incrementándose, incluso entre jóvenes y esto se refleja en la población universitaria.

### **1. Reclutamiento**

Las personas fueron contactadas por distintos medios. Algunas ya eran pacientes de los profesionales, mientras que otras respondieron a un correo electrónico que se envió desde el Programa Enlaces-OBS. En dicho correo se les pedía a las personas que detallaran peso, talla y disponibilidad de tiempo para participar en el proyecto.

Entre las primeras decisiones que tomó el grupo de profesionales fue si trataban a personas con sobrepeso y obesidad o sí lo limitaban únicamente a personas con obesidad, pues muchas de las personas interesadas en participar se encontraban con sobrepeso. Finalmente, decidieron excluir a los pacientes que padecían de sobrepeso, para respetar la homogeneidad de la población y facilitar el tratamiento. Una de las profesionales dijo,

*“Las personas con las que trabajamos tienen obesidad, no tienen obesidad mórbida, lo cual también nos ayuda montones en el proyecto, porque es muy distinto una persona con obesidad grado I, versus otra persona con obesidad mórbida, a como trabajar en todo este proceso, sobre todo el cambio de hábitos y demás”* GF01-03

A estas personas se les citó a una reunión informativa y posteriormente a un convivio llamado “Rompiendo límites”. Desde este momento, los profesionales sintieron empatía con el grupo, pues los participantes se mostraron muy motivados y con deseos de participación.

Posterior a esto, ocurre un cambio de jefatura en la Oficina de Bienestar y Salud, que pone en duda la continuidad del proyecto. Las nuevas jefaturas se muestran escépticas respecto al trabajo con personas que tienen obesidad, pues es considerada una patología muy compleja y esto dificulta que las intervenciones sean exitosas. Una de las profesionales dijo:

*“¿Cuántos programas de control de peso existen y que no funcionan? Entonces era como bueno, (...) vamos a ver qué pasa, verdad. Eh, no era de rechazo [de parte de la jefatura], tampoco era de [dar] todos los recursos, me parece que es normal de un proyecto nuevo”* GF02-01

Sin embargo, también afirmaron los profesionales, que se sintieron impulsados por la motivación de los participantes y el compromiso que nació del primer encuentro con ellos:

*“El hecho que ya hubiera un compromiso con la gente y la energía que en ese momento nos dieron [los participantes], creo, fue lo que nos impulsó, a pesar de que a nivel de jefatura no había una buena apertura del tema, para que al fin y al cabo lucháramos y presentáramos un planteamiento que fue aceptado.”* GF01-02

## **2. Sesiones educativas**

Desde mayo hasta noviembre del 2013 los profesionales realizaron sesiones educativas y talleres de acuerdo al cronograma que se especifica en el Anexo 3.

Durante esta etapa, el componente de la actividad física no fue tan profundo, ni práctico como se hubiera deseado. Esto se dio por falta de experiencia de los profesionales, pues este eje no fue planteado desde la práctica directa con los participantes, sino que durante estos primeros meses, se les dio una recomendación de actividad física a las personas y ellos mismos debían buscar los medios para realizar ejercicio.

La asistencia se documentaba por medio de listas que los participantes firmaban en cada sesión, sin embargo no se realizó una adecuada sistematización de los datos y no existe un registro oficial de la asistencia de los participantes.

### 3. Evaluación de la primera etapa

Al finalizar esta etapa, con los resultados de la evaluación, los profesionales concluyen que los pacientes mejoraron sus conocimientos y sus actitudes, pero no mejoraron sus prácticas. Ninguna de las personas alcanzó la meta de disminución de la grasa corporal, ni de mejora de los parámetros bioquímicos. En las escalas de psicología se evidenció una disminución de la depresión y ansiedad.

Ante esto, los profesionales hacen ver a los participantes que su esfuerzo no es suficiente, que no se alcanzaron las metas y que el proyecto se acaba en ese momento. Esta llamada de atención fue un espacio para que los pacientes generaran consciencia de que no estaban modificando realmente sus hábitos, una de las profesionales asegura que en otra ocasión un paciente les dijo:

*“De verdad que uno como se engaña, verdad. Uno quiere creer que todo está bien y no está bien y el esfuerzo que hizo la oficina, las expectativas de las compañeras, todo lo invertido y uno que cabrón, por decirlo de alguna manera; no, responde. Entonces eso les, les empujó, digamos.” GF02-01*

Como respuesta, los participantes escriben una carta a la jefatura de la Oficina de Bienestar y Salud solicitando dar continuidad al proceso con sesiones de actividad física y psicoterapia. La jefatura pide a los profesionales que presenten los resultados y que continúen con el proyecto.

### 4. Segunda etapa

Para esta segunda etapa, el profesional encargado del área de actividad física decide no continuar su participación. Como respuesta, se genera una alianza con la Escuela de Educación Física de la Universidad, para que algunos estudiantes que hacen práctica sean los entrenadores personales los participantes del proyecto O.

En estos momentos cambia la manera en que se veía el proyecto desde la Oficina y se les autoriza a continuar con la intervención. En el Anexo 3 también se observan las

actividades realizadas durante la segunda etapa del proyecto, que tuvo una duración de dos semestres. El fuerte de esta intervención fueron las sesiones de actividad física. Se hicieron también sesiones de psicoterapia, se revisó el plan de alimentación de los participantes y se brindó consulta médica, sin embargo, las profesionales encargadas estuvieron menos activas en esta segunda etapa y dieron un espacio más libre a los entrenadores personales.

Al finalizar este periodo se realizó la evaluación final y se solicitó retroalimentación a los participantes.

A continuación, se incluye un esquema resumen de manera en que la información de clasificó en barreras, los facilitadores y aspectos de fungen como barrera o como facilitador. Después de este esquema se procede a desarrollar todos los elementos aquí organizados.

## **Barreras**

### 1. Barreras metodológicas

- a. Falta de costumbre al trabajo en equipo
- b. No tener un encuadre predefinido.
- c. Diagnóstico inicial insuficiente
- d. Falta apoyo total de la institución

### 2. Barreras al realizar un proyecto interdisciplinario en la Universidad de Costa Rica

- a. Perspectiva del personal de salud sobre la obesidad
- b. Comunicación deficiente
- c. Interrupción del proceso por vacaciones

### 3. Barreras del individuo y el contexto

- a. Sentir presión en actividades sociales
- b. Darle mucha importancia de la estética

- c. Otras patologías que afectan la pérdida de peso

## **Facilitadores**

- 1. Facilitadores metodológicos
  - a. Conocimientos y destrezas en la alimentación
  - b. Heterogeneidad del grupo
- 2. Facilitadores del individuo y el contexto
  - a. Cambios constatados
  - b. Compartir y apoyarse en el grupo
  - c. Compromiso con el proyecto
  - d. Apoyo de la familia y amigos
  - e. Actitud positiva hacia el cambio previo al proyecto

## **Aspectos que fungen como barreras y/o facilitadores.**

- 1. Aspectos metodológicos
  - a. Frecuencia de la actividad física
    - i. Barrera: Poca actividad física en la primera etapa
    - ii. Facilitador: Actividad física regular
  - b. Monitoreo
    - i. Barrera: Monitoreo deficiente

ii. Facilitador: Monitoreo adecuado

2. Del individuo y el contexto

a. Psicoterapia grupal

i. Barrera: Resistencia a la psicoterapia grupal

ii. Facilitador: Asistir a la psicoterapia grupal

b. Empoderamiento

i. Barrera: falta de empoderamiento

ii. Barrera: Dependencia al proyecto

iii. Barrera: Percepción de falta de tiempo

iv. Barrera: Falta de empoderamiento para solicitar apoyo a la familia

v. Barrera: Poca autoestima y motivación

vi. Facilitador: Buena autoestima y motivación

c. Conocimiento en manejo del estrés

i. Barrera: Poco o nulo conocimiento para manejar el estrés

ii. Facilitador: Adecuado conocimiento para manejar el estrés

d. Motivar a otros

**B. Barreras**

Esta sección se inicia con las barreras metodológicas, que implican aspectos generales de la metodología que dificultaron la adherencia a prácticas saludables en los participantes del Proyecto O. Seguidamente se detallan las barreras que enfrentaron los profesionales al desarrollar un programa interdisciplinario en la Universidad de Costa Rica. Por último, se

contemplan las barreras que vivieran los participantes durante el desarrollo del proyecto, Estas últimas se agruparon en una categoría denominada “barreras propias del individuo y su entorno”.

## **1. Barreras metodológicas**

### **a. Falta de costumbre al trabajo en equipo**

Al inicio tanto los horarios de los profesionales, como las maneras de trabajar de cada uno y las formas de relacionarse en el equipo eran distintas. Por esto, al iniciar este proyecto, se requirió un periodo para que los profesionales se ajustaran a trabajar entre ellos, *“También para mí en un principio fue difícil acoplarme a la manera de ellos de trabajar como área, digamos, entonces hubo algunas dificultades de adaptación en su momento.”* GF01-01

### **b. No tener un encuadre predefinido.**

Durante esta primera intervención del Proyecto O, los profesionales definieron una estructura para la investigación, pero el modelo estaba abierto a variaciones de acuerdo al proceso. A pesar de que los objetivos del programa y el compromiso que adquirirían los pacientes fueron previamente establecidos, los participantes siempre tuvieron claro que ellos eran el grupo piloto y que, por lo tanto, el proceso aún se estaba definiendo y estudiando.

Por encuadre se entiende al conjunto de reglas referentes a la manera en que se realizarán las sesiones; el cronograma, horario, espacios (Hernández, 2009). Se debe respetar el encuadre porque si no, no se puede medir si el nivel de incumplimiento de los participantes es por inseguridad sobre lo que estaba pasando o por resistencia a llevar bien el proceso. Si el equipo organizador demuestra su compromiso cumpliendo, entonces no hay razón para que los participantes no asuman su parte, excepto las resistencias y decisiones propias.

Los participantes no estaban bien informados del encuadre y algunos expresaron que esto les generaba un poco de ansiedad. Uno de ellos dijo, *“era un poco incierto*



*porque incluso ellas nos decían también que era un plan piloto, que nosotros éramos un plan piloto y entonces uno decía ¿Hacia dónde caminamos? DÍay porque éramos los primeros” E-06.* Es bueno informar a los pacientes que el grupo también tiene un objetivo de investigación y pedirles que realimenten la intervención. Sin embargo, no es conveniente mostrar inseguridad en el proceso, pues transmite ese sentimiento a los participantes y puede afectar la confianza en el equipo facilitador y hasta disminuir la asistencia a las sesiones. Los cambios en el encuadre pueden ocurrir, siempre que se informe de manera oportuna y organizada, garantizando que los paciente queden claros en el nuevo encuadre.

Respecto a las variaciones que se dieron durante la ejecución, el equipo facilitador fue tomando decisiones de acuerdo a las oportunidades que se venían presentando y aprovechando algunas facilidades que puede brindar una institución como la Universidad de Costa Rica, y así iba cambiando la intervención. Por ejemplo, para solventar las deficiencias identificadas en la evaluación del primer semestre, fueron incluyendo etapas extra de actividad física.

Lo adecuado es plantear y mantener un encuadre específico, además brindar a los participantes un cronograma con algunos detalles de lo que ocurrirá durante la intervención. Los profesionales afirman haber mantenido un mejor flujo de información con los participantes del segundo grupo. Consideran que mantener un encuadre estable durante todo el proceso es fundamental para el éxito; respecto a esto opinaron,

*“Si vos como equipo coordinador rompés el encuadre, generás una fractura en el proceso, es como si vos tuvieras un molde de queque y echás la mezcla, todavía eso no está cocinado y de repente se te quiebra una esquina del molde, se te empieza a ir la mezcla por ahí verdad, entonces eso se rompe y entran las ansiedades” GF04-01*

La importancia del encuadre ha sido uno de los aprendizajes más valiosos que los profesionales han adquirido en este tiempo de trabajar en el proyecto O. Sin embargo, se considera que con el grupo piloto, no hubo un encuadre definido y esto pudo haber afectado los resultados de los participantes.

### c. Diagnóstico inicial insuficiente

Varios (3) de los participantes mencionaron la importancia de profundizar en el diagnóstico inicial; para esto sugieren un estudio individual que permita reconocer las necesidades e intereses de los participantes y promover así la adherencia. Sin embargo, si no fuera posible ejecutar estos diagnósticos individuales, se pueden aplicar herramientas que faciliten la precisión individual en los diagnósticos grupales. Así, sería posible evaluar mejor los puntos de convergencia, priorizar temáticas y tomar decisiones respecto a algunos enfoques de la intervención.

Una de ellas también mencionó la importancia de promover que cada participante se cuestione lo que espera del proceso y convertir esta pregunta en una herramienta de compromiso, para generar así, una estrategia inicial que permita alcanzar las metas individuales. Esta persona dijo, *“yo creo que cuando uno empieza a trabajar con grupos, lo primero que hay que preguntarles es qué quieren. Para poder saber las expectativas de la gente y a qué se va a comprometer”* E-05

Es evidente que el diagnóstico no permitió una total comprensión de los participantes para poder hacer recomendaciones relevantes en algunos temas. Por ejemplo, una de las participantes mencionó que el taller de autoimagen no le pareció tan adecuado, pues las recomendaciones recibidas no se ajustaban a sus gustos para vestir. Las profesionales coincidieron con el criterio de que es necesario ir mejorando el diagnóstico inicial, a esto una de ellas dijo, *“Quizás conocerlos un poco más desde el principio, amarrarlos un poquito más”* GF02-01. Es importante que durante el proceso, las profesionales puedan ir ajustando las recomendaciones al grupo conforme van aumentando la comprensión y el conocimiento de las necesidades de los participantes.

Para la segunda intervención, los profesionales afirman haber mejorado el diagnóstico inicial; sin embargo, no se cuenta con la perspectiva de los participantes de este grupo y se desconocen los resultados finales. Las profesionales mencionaron también que los instrumentos que aplican requieren constante renovación. Una de ellas dijo, *“ya hubo una*

*entrevista previa y después se afinaron instrumentos, que ahora hay que volver a afinar [para el tercer grupo]” GF03-02*

#### **d. Falta apoyo total de la institución**

Al inicio algunas jefaturas de la Oficina de Bienestar y Salud se mostraban escépticas respecto al proyecto, por la complejidad inherente al tratamiento de la obesidad. Una de las profesionales dijo, *“Fue experimental para nosotros el planteamiento del proyecto, el cómo plantearlo, que las etapas, que el asunto. Para ellos [las jefaturas] también, institucionalmente lograr el espacio, para los permisos, tal. Eh, todo fue un aprendizaje”* GF02-01

También, las profesionales estaban limitadas, pues no contaban, entre sus funciones, con un tiempo establecido para el proyecto. Ellas continuaron con la misma carga laboral y este proyecto vino a incluirse como un sobrecargo de sus labores, por lo que la planificación, evaluación y desarrollo del grupo piloto no era tan ordenada como se hubiera deseado,

*“...no había un espacio específico para este proyecto en sí. Inclusive, al día de hoy ve que, por ejemplo, nos reunimos a las siete de la mañana porque es el único momento en que las tres podemos, nadie tiene disponibilidad en la agenda y todo el mundo está full con otros proyectos.”* GF01-03

A los profesionales les frustraba esta situación, pero reconocían que estaban en una etapa de prueba. Consecuente a la limitación del tiempo, no llevaban un control adecuado del proceso de los pacientes y fue hasta que terminaron la primera etapa que notaron que el cambio en los pacientes no era el deseado. En la evaluación de la primera etapa, los facilitadores determinaron que la principal limitante para el cambio probablemente fue la estrategia deficiente para que los participantes realizaran actividad física al inicio del programa. Una de las profesionales dijo,

*“Por la demanda de tanto trabajo a lo interno, propiamente de la unidad y demás, pues a veces no se lograba sacar el espacio y el tiempo disponible que*

*requería el proyecto. Y tal vez por eso el componente de actividad física se fue quedando rezagado, hasta que por completo quedó muy poco visibilizado, aunque los otros componentes si siguieron fuerte” GF01-03*

Hubiera sido mejor que la jefatura facilitara un tiempo específico para procesar datos y planificar sesiones. Sin embargo, a pesar de las limitantes que tuvieran en cuanto al tiempo, recursos y organización; el equipo supo responder y siempre ideaban maneras de resolver las dificultades que encontraban en el camino. Además, un aspecto muy importante fue que los profesionales eran empáticos con los pacientes y se identificaban con la causa. Una de las profesionales se refirió a las expectativas del equipo, *“Sobre todo porque desde el principio en el convivio vimos mucha fuerza en ellos [los participantes] y mucha energía y capacidad de actuar” GF01-03*

## **2. Barreras al realizar un proyecto interdisciplinario en la Universidad de Costa Rica**

### **a. Perspectiva del personal de salud sobre la obesidad**

Sharon *et al* (2016), realizaron una revisión bibliográfica de los estigmas que existen alrededor de la obesidad. En un estudio que evaluó la percepción de 250 médicos, el 40% mostraron reacciones negativas ante pacientes con obesidad y reportaron frustración al trabajar con ellos. En otro estudio con 358 profesionales de enfermería, se vio que la mayoría reportaban creencias y actitudes negativas hacia los pacientes con obesidad.

Igualmente, Budd, G., Mariotti, M., Graff D y Falkenstein, K (2011), encontraron resultados similares al ejecutar una revisión integrativa de estudios en que se evaluaba la actitud de los profesionales en salud hacia la obesidad. Ellos clasificaron los estudios de acuerdo a las especialidades y encontraron que los médicos, nutricionistas, psicólogos y otros profesionales tenían creencias negativas hacia los pacientes con obesidad. Incluso los profesionales que se dedicaban a trabajar con pacientes en esta condición mostraron percepciones negativas.

Sharon *et al* (2016), destacan que los profesionales en salud tienen las herramientas para disminuir los estigmas sociales que hay respecto a la obesidad. Además, el personal que trabaja con pacientes obesos debe comprender las dificultades y las emociones que enfrentan las personas en esta condición y tener una posición empática para poder dirigir adecuadamente las intervenciones. También, deben estar convencidas de los beneficios de la intervención y ser exigentes con el cumplimiento de parte de los participantes.

Los mismos profesionales/facilitadores del proyecto O están conscientes del tabú que existe entre los funcionarios del sector de la salud respecto a las personas con obesidad. Por eso dijeron, *“la gente en salud ve a las personas con obesidad como gente sin vergüenza, sin compromiso, que no les da la gana”* GF04- 01. Este tema se abordó porque incluso algunos de los profesionales del proyecto O mostraron resistencias hacia el trabajo con esta población durante el proceso.

También destacaron la necesidad de que el personal se capacite y se informe respecto a la obesidad, buscando que sean capaces de afrontar la intervención con empatía y generar confianza. Una de ellas dijo, *“las personas que empiecen a trabajar el tema tienen que pasar por un proceso de sensibilización”* GF04-01

### **b. Comunicación deficiente**

Los pacientes hubieran preferido conocer mejor el encuadre desde el principio. Así se procura regular las expectativas y es posible explicar un poco las razones del manejo que se propone. Una de las entrevistadas considera que la comunicación con los pacientes al principio no fue clara, que muchos esperaban una dieta restrictiva clásica y no un plan de alimentación con intercambios, ella opina que por eso muchas personas abandonaron el proyecto,

*“Yo creo que había que hacerle un mayor énfasis a esa parte de explicar por qué esas dietas restrictivas no son tan buenas y que el programa va enfocado a otra cosa, para que la gente desde el principio, en lugar de estarlo esperando, ya se prepara a recibir esto”* E-05

Es muy importante mantener este discurso durante toda la intervención, pero particularmente reforzar estas ideas al inicio y asegurarse así de que las personas entiendan los beneficios que tiene un plan de alimentación sobre una dieta restrictiva.

Para mejorar la comunicación con los participantes es válido potenciar herramientas que ya el programa utiliza, como el Facebook. Una de las entrevistadas sugirió utilizarla más para monitorear el proceso de los pacientes, informar de actividades recreativas, pasar ideas de recetas saludables fáciles y otro tipo de mensajes. A esto dijo, *“Por medio de la comunicación es como la gente se motiva, saber cómo que también hay gente que está interesada en que usted esté mejor”* E-04

También varios de los pacientes identificaron una comunicación deficiente entre los profesionales de salud y los entrenadores físicos. Esto generaba una imagen de desorganización y disociación entre los facilitadores. Uno de ellos destacó, *“ni siquiera ellos [los entrenadores] conocían los parámetros, los resultados [bioquímicos], entonces la comunicación entre ellos, como que el entrenador estaba aparte”* E-06

Los profesionales también consideran que mantener una mejor comunicación con los entrenadores puede facilitar el proceso. Una de ellas dijo, *“tener un acercamiento un poco mayor con los entrenadores de cuál es el plan de alimentación, qué características tiene para que ellos también, en ese proceso de entrenamiento, puedan darle algún seguimiento”* GF02-02

Mantener la unidad del equipo de facilitadores y adecuados canales de comunicación es muy importante. Por esto, en el encuadre inicial debe considerarse también la manera en que se desarrollará el flujo de información entre los facilitadores, los entrenadores y los participantes. Así, se evita ansiedad en los pacientes y se puede mantener una mejor organización del proyecto.

### **c. Interrupción del proceso por vacaciones**

Los cambios de rutinas pueden alterar los procesos que se consolidan en un ambiente relativamente más controlado. A esto es susceptible toda la población durante

periodos de vacaciones, festividades y otros momentos en que cambia la rutina. Los estudiantes se podrían ver más afectados, pues tienen un periodo de vacaciones más largo y podrían encontrar mayor dificultad para mantener los cambios en ese tiempo.

Por esto, es importante fortalecer la adherencia a los hábitos sin importar lo que ocurra en la cotidianidad. Algunos expresaron mayor dificultad para cumplir su plan de alimentación si están en la casa, por ejemplo los fines de semana. Uno de los entrevistados, un estudiante que vive solo, mostró resistencia para continuar con la rutina de dieta y ejercicios cuando va a visitar a su familia, afirmando lo siguiente, *“Allá definitivamente nada, a pesar de que sabía todo eso y llevaba mi plan y todo, no, estaba de vacaciones, entonces subí de peso”* E-06

### **3. Barreras del individuo y el contexto**

#### **a. Sentir presión en actividades sociales**

Varios entrevistados comentaron las dificultades que tienen para lidiar con la alimentación en actividades sociales. Por ejemplo, los estudiantes pueden sentirse un poco comprometidos cuando salen con sus amigos y los presionan a consumir licor. Uno de los entrevistados comentó que sus amigos le cuestionaban su decisión y lo molestaban por eso, dijo, *“Salimos y yo no, no voy a tomar hoy ¡¿Cómo que no va a tomar?!”* E-06. En todo caso, este paciente afirma haber manejado la situación adecuadamente.

Otros pacientes se refirieron al consumo de alimentos en actividades sociales, afirmando que suelen disfrutar y comer sin culpa. Por esto, son primordiales las herramientas que brinde el equipo facilitador para afrontar circunstancias similares. Los profesionales afirman que el tema se trabajó, pero tal vez en ese momento no se reforzó lo suficiente.

#### **b. Darle mucha importancia de la estética**

Varias de las entrevistadas hicieron referencia a la inconformidad que sienten con su aspecto físico, algo que es muy común entre personas con obesidad; una de ellas



dijo, “todavía al día de hoy, yo no logro verme de cuerpo entero en un espejo, no me gusto como me veo” E-01

Una de las profesionales considera que una persona con obesidad puede llegar a hacer el cambio que ella misma desee en su cuerpo,

*“Yo sí creo que si alguien empieza y sigue y sigue y sigue si puede llegar al modelo, al modelo que tenga. El tema es que si yo encuentro que mi felicidad va a estar cuando yo tenga 50 kilos, es muy probable que llegue a los 50 kilos y la felicidad no la tenga ahí, que la felicidad es una actitud hacia adentro, verdad, que entonces la idea del proyecto siempre ha sido y yo cada vez estoy más convencida que es como a trabajar un cambio interno, que poco a poco se va a ver en un cambio externo” GF04-01*

La estética es un tema muy delicado para tratar con los participantes, pues muchas veces llegar a tener el cuerpo ideal podría ser la razón para entrar en un proyecto de modificación de hábitos. Los profesionales deben ser cuidadosos con los mensajes que transmiten respecto a este tema, pues contrario a lo expresado por la entrevistada en la cita anterior, la evidencia muestra que la mayoría de los pacientes que empiezan este tipo de programas no logran alcanzar el peso que ellos desearían y además un porcentaje muy elevado suele recuperar el peso perdido.

De acuerdo a Sherwood et al (2016), únicamente entre el 40-60% de las personas que se someten a intervenciones para modificar el comportamiento alcanzan una pérdida de peso clínicamente significativa (8-10% del peso corporal), que implicaría beneficios cardiovasculares y disminución de las patologías secundarias a la obesidad. Es importante considerar que generalmente, el ideal estético de los participantes con obesidad implicaría una pérdida de un porcentaje superior al 10% del peso corporal.

Por esto, darle demasiada importancia a la estética, puede hacer que las personas se desilusionen durante el proceso. Además, los profesionales han sido muy enfáticos en que el proyecto O no se centra en la apariencia, busca modificar los hábitos, mejorar la



autoestima y empoderar a los participantes. Se debe procurar que las personas alcancen un peso normal, pero aún así es muy probable que nunca lleguen a las proporciones corporales que quisieran. Por lo tanto, los facilitadores deben transmitir mensajes de salud, constancia y autorregulación, más que referirse a la estética.

### **c. Otras patologías que afectan la pérdida de peso**

Los pacientes podrían refugiarse en otras patologías para justificar su falta de adherencia al tratamiento (resistencia al cambio) o como negación de la razón real por la que no logran observar resultados. Respecto a esto, una paciente en vez de ver como controlara su enfermedad, prefiere resguardarse en su pretexto por no poder cambiar, dijo,

*“El organismo no me estaba ayudando porque yo tengo hipotiroidismo...siempre me esforcé mucho en hacerlo y era muy poco el resultado que tenía... A pesar de que tenía constancia, mi organismo no estaba respondiendo, verdad, eso fue parte de lo que falló durante esos primeros 8 meses” E-03.*

Sin embargo, esta paciente toma medicamentos para el hipotiroidismo, por lo que esa situación no debería afectar su pérdida de peso al inicio del programa, probablemente lo que faltaba era la inclusión de actividad física regular.

Ella misma comentó que al inicio, además, unas lesiones le afectaron la práctica de actividad física, por lo que recomienda generar un vínculo con la escuela de terapia física. Es recurrente que las personas sedentarias que empiezan a hacer ejercicio se lesionen, por lo que esta sugerencia es muy valiosa para disminuir el tiempo de reposo al lesionarse y evitar que en una situación así interrumpa el proceso y se reduzca la motivación.

## **C. Facilitadores**

### **1. Facilitadores metodológicos**

#### **a. Conocimientos y destrezas en la alimentación**

Todos los entrevistados hicieron referencia a los conocimientos adquiridos en temas de nutrición y la manera en que los aplican. Hablaron de la importancia de realizar diariamente las elecciones correctas, sin caer en la prohibición radical, manteniendo el control, cuidando las cantidades y evitando sentirse culpables. Una de ellas compartió la manera en que el plan de alimentación se volvió algo muy simple de manejar y como interiorizó el conocimiento de los alimentos y los tamaños de las porciones para llevarlo a la práctica sin tener que estar revisando el plan o registrando el consumo constantemente, dijo, *“Había que hacer un registro de comidas, pero yo no lo hacía y ya uno sabía, la cuestión era de, voy a comer esto y esto, ya ni siquiera veía el plan”* E-06.

Sin embargo, es importante destacar que si no hacía el registro de alimentación, podría estar subestimando lo que comía. Todos informan haber mejorado su alimentación; incluso las personas que han retrocedido en el proceso, una de ellas menciona que tiene los conocimientos y que ha adoptado regularmente cosas de las que aprendió, dijo, *“Yo subí de peso y todo, pero mi casa se sigue comiendo sano, no es que se volvió a lo anterior del pollo[frito], la pizza y pan, o sea, no”* E-01.

Con respecto a las destrezas en la alimentación de los pacientes, las profesionales analizan, *“Varias aquí individualmente me decían es que yo no estoy en dieta, yo simplemente estoy cuidando lo que como. O sea desde la conciencia, más allá que desde la prohibición”* GF02-02.

#### **b. Heterogeneidad del grupo**

Las profesionales consideran que tener una población heterogénea permite el enriquecimiento de las actividades a partir de los puntos de vista distintos,

*“Era muy muy muy rico, porque era la experiencia, y el impulso de la juventud; todos se realimentaron. No fue que los viejos se pusieron a mostrarse como figuras más grandes que los jóvenes, no no, los jóvenes tenían muchas otras fortalezas. A mí me parece que el grupo, diay, es lo que es el grupo”* GF03-01.

Por las características de la población universitaria, el Proyecto O debe adaptarse a las poblaciones diversas, pues existen muchas diferencias socioeconómicas, de grupo etario y culturales entre los funcionarios y estudiantes que pudieran ingresar al programa.

Es importante estudiar las diferencias o particularidades que existen entre estudiantes y funcionarios. Los profesionales han notado que los estudiantes son menos comprometidos que los funcionarios, pero desconocen la causa. Sería conveniente analizar lo que ocurre con estos pacientes estudiantes, puede que sea algo relacionado a la edad. Tal vez para esta población sería conveniente modificar el enfoque, pero es importante conocer las razones, para idear una estrategia más adecuada. Una de las profesionales comentó,

*“Una de las cosas que me queda a mí de pensamiento con esta experiencia es porqué los estudiantes fueron los que menos aprovecharon el proceso, los que menos se apropiaron del proceso, los que menos cambios hicieron, los que más desertaron fueron los estudiantes y no por razones académicas, si no por razones de no comprometerse en general”* GF03-01.

Sería necesario profundizar el estudio para saber si los estudiantes requieren una intervención distinta adecuada a ellos, por separado de los funcionarios y ver las situaciones que limitan el éxito de este estrato de la población. Sin embargo, hay que contemplar que la carga académica de la Universidad de Costa Rica es elevada, por lo que para algunas personas puede ser difícil de balancear con otras actividades.

Dones (2016), estudió los hábitos de estudiantes universitarios que no cumplían con las recomendaciones de actividad física y consumo diario de frutas y vegetales. Las recomendaciones eran: 150 minutos de actividad moderada o 75 minutos de actividad vigorosa a la semana; consumo diario de 1 ½-2 tazas de fruta y de 2-3 tazas de vegetales. En la

población estudiada únicamente 16% comían frutas diariamente y 17% comían ensalada diariamente. La mayoría de la muestra no cumplía con las recomendaciones de 30 minutos de actividad física al menos 5 días a la semana o 75 minutos de actividad vigorosa. También se ha observado que los estudiantes tienden a aumentar de peso en el transcurso de sus años universitarios.

Entre las barreras para hábitos alimentarios adecuados y realizar actividad física. Dones (2016) identificó; la falta de tiempo, consumo de alimentos como una salida para el manejo de las emociones, falta de motivación, preocupaciones por la salud, estrés, no percibir los beneficios, falta de soporte social, falta de recursos, falta de acceso a información de hábitos saludables y preocupaciones por la seguridad del entorno (limitante para realizar actividad física al aire libre). Entre los motivantes para adquirir hábitos saludables encontró: prolongar la vida, estar saludables, manejo del peso corporal, aumentar el nivel de energía, creencias espirituales, modelos a seguir, soporte social, recibir asesoría, acceso a información de hábitos saludables. Pudieron ver que los estudiantes que tenían puntajes mayores en los motivantes, que en las barreras tenían una mayor tendencia a realizar ejercicio y a comer más frutas y vegetales (Dones, 2016).

Igualmente, Majeed (2015) estudió los hábitos alimentarios y la frecuencia de actividad física entre estudiantes mujeres obesas de Arabia Saudita. Encontró que las estudiantes tienden a picar en fiestas o cuando estudian, con mayor tendencia a consumir alimentos ricos en azúcar y bajos en valor nutritivo. Además, la falta de tiempo fue la barrera que mencionaron más frecuentemente para no hacer ejercicio.

Muchos estudios han comprobado que los estudiantes universitarios tienen hábitos inadecuados de alimentación, por ejemplo, se saltan tiempos de comida, prefieren alimentos densamente energéticos, altos en grasa saturada y sodio y presentan una ingesta deficiente de calcio y hierro. En el estudio, las participantes no cumplían con las recomendaciones mínimas de fibra, frutas y vegetales, además excedían las recomendaciones de azúcar, grasa y sodio (Majeed, 2015).

Sirois (2015) asegura que instaurar hábitos saludables en ciertas poblaciones, como adultos emergentes puede ser todo un reto, pues en esta etapa de la vida, los procesos de toma de decisiones están primordialmente mediados por impulsos emocionales más que racionales. Además, esta población aún está desarrollando sus capacidades autorregulatorias, por lo que tienen una mayor dificultad para apegarse a comportamientos saludables. Para lograr comportamientos saludables sostenibles se debe brindar herramientas que fortalecen el autocontrol y automonitoreo.

## **2. Facilitadores del individuo y el contexto**

### **a. Cambios constatados**

Seis de los siete entrevistados se refirieron a la satisfacción y motivación que les dio ver cambios constatados. Algunos hablaron de cómo eso les ayudaba a reconocer el progreso en su estado de salud y a buscar una nueva meta. Entre los cambios que reportan están: mejoras en la movilidad y disminución de los síntomas ligados a patologías secundarias. También mencionaron la pérdida de peso, que les permitió tener la satisfacción de desechar ropa grande que ya no les quedaba. Notaron también como sus conocimientos en temas de salud se incrementaban, mientras mejoraban la motivación. Incluso una de ellas comentó como le ayudaba a vencer barreras que tenía para realizar actividad física, *“Llegó un punto en el que yo decía ya estoy viendo los resultados, o sea, esto [la actividad física] es bueno para mí, entonces nada gana uno quejándose”* E-04.

Ya sea, para mejorar la motivación o para aplicar medidas correctivas, es fundamental incluir, durante todo el proceso, mecanismos para percibir, controlar y evaluar los cambios que experimentan los pacientes. De esta manera también se previene que el programa tenga un monitoreo deficiente, como ocurrió durante los primeros 6 meses del grupo piloto del proyecto O.

### **b. Compartir y apoyarse en el grupo**

Dos de los pacientes identificaron que las sesiones se iban convirtiendo en un espacio para liberar estrés; valoraban el momento de socialización, poder compartir con

los compañeros y conocer personas muy distintas a ellos, pero con realidades similares. Una de las entrevistadas dijo, *“Mas bien cuando no iba me daba una lástima, porque me gustaba mucho ir y hablar con la gente”* E-05.

Por esto, también se destaca la importancia de promover el sentimiento de grupo. Si se mejora el sentimiento de grupo, se facilita la confianza y por lo tanto, la apertura que pueden tener los participantes para compartir sus experiencias y formar lazos relevantes para la terapia grupal.

A pesar de que la confianza y apertura de este grupo no fue la máxima que se pudiese haber logrado, cinco de los entrevistados mencionaron que el apoyo del grupo les ayudaba. Incluso una dijo que logró disminuir los atracones de alimentos porque se sintió apoyada, *“Me motivaba la fortaleza que le da a uno el grupo. Te das cuenta que no estás solo”* E-07.

### **c. Compromiso con el proyecto**

Varios de los entrevistados (tres) mencionaron que ser parte del proyecto y saber que los resultados de ellos influyen en la imagen del programa y hasta en la continuidad que pueda tener el mismo, genera una presión positiva para apegarse a los hábitos saludables.

Algunos también se refirieron a la motivación extra de saber que la calificación de los entrenadores personales estaba ligada a los logros de los participantes. Uno de ellos dijo, *“En ese instante no es una responsabilidad solamente con uno, sino que es una responsabilidad con el entrenador”* E-06.

Este compromiso se potencia por la afinidad que puedan tener los participantes con los facilitadores. Todos los entrevistados mencionaron el agradecimiento que sienten por el equipo de profesionales y por los entrenadores personales; que los motivaban constantemente durante las sesiones de actividad física. Destacaron la entrega del equipo, el evidente compromiso y la confianza que depositaban en ellos. Una de las entrevistadas dijo, *“Ellos [los profesionales] tienen ese carisma para el programa, ellos están muy comprometidos verdad y eso lo motiva a uno porque también lo obliga a ser constante”* E-03.

Al principio de la intervención este compromiso no se transformaba en acciones. Seis de los siete entrevistados mencionaron la confrontación que realizaron los profesionales después de los primeros seis meses. Afrontar la realidad de lo que estaban haciendo, ver que los números no reflejaban cambios importantes en su estilo de vida y además observar la inconformidad de los profesionales, hizo que los participantes reaccionaran. Una de las entrevistadas dijo, *“Me sentía culpable... Cuando una de ellas [de las profesionales] dijo “auch”, ninguno había bajado a la meta; yo me sentí desagradecida. Mi reacción fue poner de mi parte, yo quiero dar resultados, necesito perseverar”* E-07.

Este momento fue una llamada de atención para los participantes, pero también para los profesionales. Los resultados mostraron que los pacientes aún estaban en una posición de dependencia, no se habían empoderado de su cuidado personal y salud. Las especialistas dijeron,

*“Esa vez todos tratamos de ser muy polite y tal y al final ellos recuerdan la palabra que yo dije que fue “auch”, o sea a mí me parece que la meta no se consiguió, yo no estoy feliz. Y los hizo reaccionar, eso a mí no me hace feliz porque terminaron reaccionando por nosotros, no por ellos, entonces yo dije, uhm, este trabajo no estuvo tan bien. No era desde ahí el movimiento que se quería, era desde ellos, no de: por favor háganlo por nosotros”* GF04-01.

Las profesionales consideran que fueron muy permisivas y maternalistas con este primer grupo. A pesar de que la respuesta durante la segunda etapa no se generó a partir de las razones que ellas hubieran preferido, se logró un cambio positivo, porque pudieron afrontar la realidad de que no estaban teniendo resultados en el peso corporal y factores bioquímicos. Las profesionales dijeron, *“Sin embargo eso hizo que ellos después hicieran la carta [pidiendo la continuidad del proyecto] y ya lo hicieran por ellos verdad”* GF04-02.

Se espera que los profesionales sean empáticos y comprensivos con el proceso de los participantes, pero tampoco deben llegar a ser maternalistas. Es su responsabilidad exigir resultados, pero empoderar a los pacientes a que asuman los cambios y se noten los beneficios en un tiempo realista. A pesar de que se considera que esta



confrontación fue un facilitador, porque derivó en un cambio positivo; lo ideal hubiese sido monitorear el avance más pronto en la intervención. Por esto, los pacientes y las profesionales piensan que se debe controlar mejor los indicadores numéricos como el peso y la antropometría, para contemplar así el avance del grupo y enriquecer las recomendaciones para los pacientes.

No se quiere centrar el proyecto en la pérdida de peso; por el contrario, es pertinente mantener la relevancia del abordaje integral, teniendo como objetivo la autorrealización y felicidad de los participantes. Sin embargo, para mantener un control realista, veraz y oportuno de los pacientes, es fundamental contar con herramientas para el medir los cambios en la conducta. Este aspecto se detalla más adelante en el apartado de monitoreo.

#### **d. Apoyo de la familia y amigos**

De los entrevistados, 6 mencionaron lo valioso que ha sido para ellos contar con el apoyo de su familia, ya sea promoviendo hábitos saludables, cuidándolas con la alimentación o incluso acompañándolas a hacer ejercicio. Una de ellas se refirió al apoyo que le da su esposo,

*“Yo a veces llegaba y le decía uy gordo, estoy tan cansada y tal vez era el día que no me tocaba entrenamiento con el entrenador y él mismo me decía no, no, lleve, lleve, eso le sirve a usted porque así se le aflojan los músculos y le duele menos (...) entonces ya echaba las cosas, como con resignación, pero ya por traerlas, ya” E-03.*

Otra de las entrevistadas mencionó que se sentía bien cuando su familia le hacía comentarios positivos respecto a los cambios que percibían en ella, haciéndole notar la movilidad que ha recuperado o realizándole cumplidos por la pérdida de peso.



### **e. Actitud positiva hacia el cambio previo al proyecto**

Algunos de los pacientes que tuvieron un mayor apego y manutención de hábitos saludables, reportaron que ya estaban tomando acciones antes del proyecto. Por esto, también es importante considerar la etapa de cambio de las personas. Pues, probablemente alguien que ya está en la etapa de acción, saque mucho más provecho de un programa como el proyecto O, que alguien que se encuentra en la etapa de precontemplación. como la que externó lo siguiente,

*“También uno anda por ahí como uy empiezo solo o hago algo, entonces ya después con una explicación tenemos un equipo, tenemos unos compañeros, tal vez uno se anima más verdad, pero así solo uno decía como que no” E-06.*

Actualmente son muchas las personas que aplican al Proyecto O pero, por la naturaleza de la intervención, el cupo es limitado y no es posible atenderlos a todos. Hoy por hoy, en la evaluación inicial toman en cuenta la etapa de cambio en que se encuentran los participantes, por lo que personas que no parecen estar tan listas para el cambio, son excluidas del programa. Se les da prioridad a las que han tenido una actitud positiva hacia el cambio previo al proyecto y que incluso ya se encuentran en etapa de acción.

Por otro lado, para ayudar a esas personas que muestran interés en mejorar, pero aún no tienen el nivel de compromiso que requiere el proyecto O, sería muy valioso considerar la posibilidad de establecer una red entre distintos programas que ya están ejecutándose en la universidad, pero que no están articulados entre ellos. De esta manera, se podría facilitar herramientas para promover hábitos saludables en esas personas, sin que sea un programa tan intenso como el proyecto O. Más adelante se profundiza en esta recomendación.

#### **D. Aspectos que funcionan como barreras y/o facilitadores.**

Existen algunos aspectos que se destacan como barreras o como facilitadores para el cambio, de acuerdo al enfoque o al momento del proyecto que se considere.

##### **1. Aspectos metodológicos**

###### **a. Frecuencia de la actividad física**

Se sabe que potenciar la actividad física en un programa como el Proyecto O es fundamental para la pérdida de peso, pues permite modificar el balance energético. Además, independientemente de las modificaciones en el peso corporal de los pacientes, brinda efectos positivos para la salud y el estado de ánimo (Stephens, Cobiac y Veerman, 2014). Shook et al (2015), examinaron la relación entre la actividad física y la ingesta energética. Después de un año de seguimiento, asociaron que los individuos con menor actividad física reportaban mayor ansiedad por comer que los individuos que practicaban mayor actividad física.

Wiklund, (2016) ha visto que la adherencia al ejercicio puede inducir la pérdida de peso y que cuando se combina con restricción en la ingesta energética, la pérdida de peso es superior. Igualmente, lo confirmaron Stephens, Cobiac y Veerman (2014), al realizar una revisión bibliográfica de 60 artículos de meta análisis y 23 artículos de revisiones sistemáticas relacionados a la dieta y el ejercicio para reducir la incidencia del sobrepeso y la obesidad. Por esto, la frecuencia de la actividad física puede ser un facilitador si es adecuada o una barrera si las personas son sedentarias.

###### **i. Barrera: Poca actividad física en la primera etapa**

En la primera etapa del proyecto O la falta de actividad física fue una barrera para la mayoría de los participantes. Esta limitante está muy relacionada también al encuadre deficiente del programa, a la falta de apoyo de la jefatura y a la poca experiencia del equipo en desarrollar un proyecto interdisciplinario en la universidad. Sin embargo, la causa principal fue la inexperiencia de los profesionales al desarrollar un programa para la

adquisición de hábitos saludables y la pérdida de peso, pues esperaban que con motivación que brindaban ellos mismos en las sesiones, los participantes buscaran maneras de aumentar su actividad física. No se contempló desarrollar un acompañamiento personalizado desde el proyecto.

De acuerdo a los profesionales, en esos primeros 6 meses se les dio recomendaciones y cada paciente tenía que buscar la manera de hacer ejercicio, a esto dijeron, *“Estuvo en algunos momentos como algo más educativo, pero como entrenamiento no”* GF01-02

Sin embargo, es necesario un acompañamiento más cercano para promover el cambio. Ellas mismas reconocen el fallo, las profesionales dijeron, *“Es importante desde el primer momento ir como incluyendo de manera activa este proceso de actividad física.”* GF02-03. También una comentó,

*“Dentro del equipo original los primeros seis meses tenemos un componente que falló, el de actividad física, que fue el encargado que salió del proyecto, no lo llevó a cabo tal cual (...) lo que pasó fue que él soltó el mecatito, estaba demasiado lleno de otras cosas”* GF01-01.

Algunos pacientes también lo mencionaron. Uno de ellos expresó que percibía al encargado de actividad física como una figura relativamente ausente, *“No tengo esa [imagen], por decirlo así a el encargado de actividad física en el frente explicando sobre actividad física”* E-06

Con el segundo grupo del proyecto O, esta barrera se solucionó; la actividad física inició desde el primer semestre y el encargado mostró muchísimo compromiso y organización durante todo el proceso; igualmente, se mantuvo la alianza con la Escuela de Educación Física. También, desde el 2016, se generó un vínculo con la Unidad de Programas Deportivos, Recreativos y Artísticos de la OBS. Ellos facilitan talleres de diversas actividades deportivas, recreativas e incluso artísticas para los participantes del Proyecto O. Así

los pacientes pueden conocer distintas posibilidades para realizar ejercicio y se generan espacios para que vayan identificando sus preferencias al respecto.

## ii. Facilitador: Actividad física regular

Por otro lado, el último año de intervención se reforzó este aspecto y la frecuencia de actividad física se convirtió en un facilitador. Dos de las entrevistadas mencionaron que notaban cambios en su cuerpo incluyendo solo un poco de actividad física. Una de ellas dijo,

*“Empecé a hacer ejercicio desde que el encargado de actividad física nos dio esos ejercicios. Poquitísimo, pero para mí era un montón, estamos hablando de 5 minutos. Eso me cambió la vida... Aparte de la mente, porque cuando uno sale, camina, se despeja, oxigena el cerebro y la autoestima” E-07*

De acuerdo a Garita, Solano y Zúñiga (2014), los cambios más evidentes en la antropometría y exámenes bioquímicos de los pacientes se dieron después de empezar el programa con los entrenadores (estudiantes de EDUFI).

Durante la intervención, varios de los pacientes decidieron organizarse y participar en la Primera Carrera UCR, que se realizó el 25 de agosto del 2013. Consistió de una carrera o caminata de 10Km abierta para representantes de la comunidad universitaria: estudiantes activos, docentes, funcionarios y jubilados. De los 7 participantes del proyecto, 3 asistieron a la actividad. Algunos entrevistados identifican esta carrera como un momento muy importante en su proceso de cambio. Fue una oportunidad para retarse a sí mismos y notar que tienen más capacidades de las que creían, por esto consideran que debería seguirse promoviendo la asistencia de los participantes del proyecto O a la carrera. Una dijo, *“Al final salió más bien como una iniciativa de algunos del grupo, verdad no fue tanto como del proyecto. Pero sería lindo que eso formara parte del proyecto” E-01*

Esta persona también mencionó que le hubiera gustado ver a los profesionales corriendo con ellos. Participar al lado de los pacientes en actividades similares a la carrera de atletismo, es una manera de generar empatía y de estrechar vínculos. También

genera una horizontalidad en la relación participante-profesional y esto puede aumentar la confianza.

Fuentes, Toporovsky, Reyes y Bennett (2016), estudiaron la importancia de la relación entre el personal de salud y los pacientes para obtener mejores resultados en los tratamientos. Consideran que en esta alianza median factores emocionales y cognitivos para mejorar la comunicación, la confianza y la definición de metas. Una mejor relación de trabajo se ha vinculado a mayores expectativas del paciente respecto a los resultados, mayor adherencia y mejora en la satisfacción tanto del personal de salud como del usuario del servicio.

#### **b. Monitoreo**

Por un lado, el monitoreo deficiente puede ser una barrera, pero si se realiza adecuadamente, puede ser un facilitador para concientizar el proceso y permitir que los pacientes y profesionales vean los resultados de los cambios que se van constatando.

##### **i. Barrera: Monitoreo deficiente**

Varios de los entrevistados y los profesionales reconocen que el monitoreo podría mejorarse. Algunos de los participantes expresaron que faltaba control del área de nutrición, pues a veces sintieron que requerían un poco más de acompañamiento o un poco más de exigencia. Una de las entrevistadas dijo,

*“En el seguimiento nutricional para mí hubiera sido genial un poquito más... como un poquito más de control, como esa faja que uno ocupa. Ah que como hasta dentro de un mes [tendría el control de peso], entonces me aturuso ahora y dejo de comer 15 días antes de que me vayan a pesar” E-01.*

Esto demuestra la dependencia en los profesionales que pueden desarrollar los pacientes con obesidad. Por esto es tan importante generar herramientas para el autocontrol y automonitoreo de los participantes y que esta responsabilidad se vaya desligando del profesional, en este caso es muy importante potenciar el registro de consumo. Una de las

profesionales dijo, *“es un cambio que haríamos desde el principio para el nuevo proyecto, el registro de consumo es de reporte obligatorio”* GF04-01.

Los profesionales consideran que la resistencia para completar los registros es un reflejo de negación, *“yo creo el tema de los registros [no hacerlos] sale tanto en las mismas sesiones es por un tema de negación, porque entonces yo no quiero apuntar el bananito, el chocolatito, entonces me cuesta mucho hacerlo”* GF01-01

Una de las pacientes también destaca la importancia del registro de consumo como una herramienta de automonitoreo, ella dijo, *“la mejor forma de darse cuenta que usted de verdad está cometiendo pecados en la comida es apuntando (...) yo apuntaba, a veces, no siempre, eso fue una de las cosas que nos falló, que no apuntábamos las comidas”* E-03.

## **ii. Facilitador: Monitoreo adecuado**

Igualmente, dos de las entrevistadas destacaron las facilidades que les aporta el registro de consumo, pues les sirve para conocer mejor los intercambios, concientizar lo que se come en cada tiempo de comida y para evaluar lo que se consume durante el día con respecto al plan de alimentación. Por esto, precisamente también genera resistencia, pues implica ver la realidad de lo que se está comiendo. Una de las entrevistadas dijo, *“Que montón comí hoy, verdad, que sí uno se pone a apuntar todo lo que come, uno se asusta a veces”* E-02.

Con este grupo no se logra un monitoreo adecuado por la resistencia de los pacientes y por la falta de insistencia de los profesionales. Pero en algunos casos, si se logró hacer el primer registro y de acuerdo a las impresiones de los pacientes y de los facilitadores, al igual que como se encuentra en la literatura, vale destacar la importancia de invertir más esfuerzo en el monitoreo, pues es un insumo valioso.

Los conocimientos en nutrición interfieren en la pérdida de peso y el mantenimiento del peso perdido. Sin embargo, la mayoría de las personas que participan en

programas para la modificación de hábitos reportan más problemas de autorregulación, que de falta de conocimientos (Sherwood et al, 2016)

Como se detalló anteriormente, es fundamental potenciar todas las herramientas de control. Con un adecuado registro de consumo, se concientiza el cambio en los participantes y se ven obligados a afrontar la realidad de lo que comen. Es importante que las profesionales se informen de las herramientas más sencillas para registrar la ingesta de personas con obesidad. Villalobos (2015) desarrolló un manual para la atención nutricional de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Entre los insumos que facilita está un instrumento para el automonitoreo que incluye: tiempo y tipo de comida, cantidad, lugar, con quién estaba, que estaba haciendo, tiempo transcurrido y la emoción que sentía en ese momento la herramienta se encuentra en el Anexo 9.

Además del registro de consumo, mientras el programa se desarrolla se debe mantener un control oportuno de valores antropométricos y bioquímicos. Los profesionales se refirieron a una meta de pérdida de peso adecuada de acuerdo a lo que han experimentado con estos dos grupos de participantes,

*“Nosotros lo que si hemos visto que podría ser real y lo vimos con 2014 y 2015, si podríamos esperar mínimo 1 kilo al mes, mínimo y dentro de un proceso integral creo que deberíamos exigir 1 kilo al mes” GF03-02*

Por otro lado, un participante afirmó que darse cuenta de que los valores de sus exámenes bioquímicos estaban alterados, fue una motivación para plantear objetivos e implementar cambios; dijo,

*“Nos sentábamos a analizar los exámenes y ella decía los parámetros [saludables] en que, diay, estoy como muy lejos de eso, entonces creo que por ahí uno empieza a conocerse de verdad como está y eso sí lo hace como levantar la cabeza...En ese momento era como diay verdad estoy mal, póngale, eh póngase un objetivo a tanto, eh, cambie, mejore tal cosa, bueno, este mes vamos*

*a trabajar en esto, (...) era como un punto de partida para cambiar las cosas”*

E-06.

Sirois (2015) dice que una alimentación saludable, la práctica regular de actividad física, manejar el estrés y tener hábitos de sueño adecuados son comportamientos que promueven y mantienen la salud. Para apegarse a los hábitos saludables media el vencimiento de barreras como resistir a las tentaciones y recuperarse de las recaídas. Así, la autorregulación es primordial en este proceso de modificación de conductas.

Los comportamientos autorregulatorios se pueden reforzar mediante la autocompasión. Así se pretende que las personas no se juzguen en los momentos de recaídas, aplicando la auto-amabilidad, el sentimiento de comunidad y la atención plena o mindfulness, para contrarrestar los sentimientos de auto-juicio, aislamiento y la sobre-identificación (Sirois, 2015).

## **2. Del individuo y el contexto**

En este apartado se destacan aspectos de los individuos y su contexto, que podrían ser facilitadores o barreras en la modificación de hábitos y adherencia a prácticas saludables. Al igual que en el apartado anterior, la manera en que estos factores dificultan o facilitan el proceso, depende de la respuesta de los participantes en distintos momentos de la intervención.

### **a. Psicoterapia grupal**

#### **i. Barrera: Resistencia a la psicoterapia grupal**

Como se mencionó al hablar del monitoreo deficiente que tuvo el programa, es normal que las personas con obesidad tengan periodos de negación, pues no quieren ver la realidad, ni asumir los cambios que se requieren para constatar hábitos saludables. La psicoterapia implica empoderamiento en un proceso de evaluarse y enfrentar aspectos emocionales que son complejos, por lo que muchas veces prefieren evitarla, las



profesionales dijeron: *“Este proceso es muy duro, entonces a veces es más rico quedarme arriba viendo a lo lejos”* GF03-01.

También ocurre que al inicio de la intervención los participantes no tienen confianza con sus compañeros y son muy reservados con su vida personal. Varios de los entrevistados dijeron que preferían las sesiones de psicoterapia individuales, pues no se sienten cómodos compartiendo sus problemas personales en el grupo. Este aspecto llegó incluso a afectar la asistencia de algunos de ellos a las sesiones. Una de las pacientes dijo, *“Creo que a las únicas que falté, fue a psicología. Fueron las primeras y yo decía ay es que qué aburrido ir a volcarme yo, que toda la gente sepa que soy sensible, que lloro, que tengo problemas”* E-02.

Esto puede haberse dado porque faltó claridad en las reglas de las sesiones de psicoterapia y en el manejo del grupo. Un ejemplo de esto puede ser los problemas que se desarrollaron por incluir personas de la misma oficina y no lograr una adecuada separación de los dos espacios. Contar con personas conocidas puede facilitar o entorpecer el trabajo en el grupo, como el caso que mencionó una de las entrevistadas, *“...que había [personas] de la oficina... porque uno no sabe cómo van a reaccionar, que habrán unas que son muy discretas, otras que no y ellas me imagino que igual con uno”* E-02.

También hubo una persona que no disfrutó la dinámica grupal, sin embargo su percepción estuvo afectada por las relaciones no tan positivas que tuviera con las compañeras de la misma oficina. En muchos casos se sintió cuestionada por ellas y se excusó así para ausentarse a las últimas sesiones, respecto a esto dijo,

*“Las dos o tres últimas [sesiones] yo ya no quería exponerme más, yo sabía que iban a haber actividades en las que yo definitivamente no, o sea que me fueran hacer ir a darle un abrazo a alguien, yo no iba a permitir porque ya me habían lastimado bastante entonces yo dije no, mejor no voy”* E-01.

Para evitar esta resistencia a la psicoterapia es primordial contar con un encuadre claro, establecer límites y reglas con las que se logre una dinámica adecuada y

se respete hasta donde llega el grupo con cada participante, también para prevenir que se convierta en un tratamiento individual que se desarrolla en el grupo, sino que realmente implique sesiones de psicoterapia grupal. Uno de los entrevistados dijo,

*“Había sesiones que la actividad que se hacía, digamos, muy individual, por ejemplo, una sesión de psicología Fulanita, contanos sobre tal cosa, Sutana ¿Cómo has avanzado? Entonces no como actividades más integradas” E-06*

Sin embargo, como se detalló anteriormente, además de las sesiones grupales, los participantes del proyecto tienen la posibilidad de acercarse a la Oficina de Bienestar y Salud para solicitar una cita para psicoterapia individual y recibir los beneficios de ambas modalidades.

#### **ii. Facilitador: Asistir a la psicoterapia grupal**

Parte primordial en la modificación de hábitos, es que las personas descubran los aspectos de su estilo de vida que limitan el progreso, disminuyen sus posibilidades de mantenimiento y que son detonantes de las recaídas. Uno de los pilares de esta intervención fue brindar herramientas para que los participantes se conocieran, monitorearan y autoevaluaran; procurando que ellos sean capaces de identificar las barreras y facilitadores para mantener las metas alcanzadas, por ejemplo, el cambio en la relación que tiene cada persona con los alimentos. Una de las profesionales afirmó, *“O sea, es el vínculo con la comida lo que cambia y en ellos ha cambiado.”* GF02-01

Es muy valioso que en el programa no se pretende atacar solamente los hábitos alimentarios inadecuados, sino que procura generar conocimiento y trabajar desde los factores internos que mantienen a los participantes repitiendo comportamientos incongruentes con sus objetivos. Una de las profesionales opina que la psicología es el eje que transversa a la nutrición, la actividad física y la salud en general; respecto a esto dijo, *“Yo lo veo como una persona con todo, con su historia, (...) la parte psicológica es fundamental, es lo que la trasversa.”* GF04-02

Considerando todos estos factores, se requiere un proceso para aceptar las condiciones propias que llevan a la obesidad. Al inicio cuatro personas vieron negativamente las sesiones de psicoterapia, sin embargo, en la entrevista todos los participantes expresaron que el programa les ayudó a reconocer actitudes que dificultaban o facilitaban el proceso de instaurar hábitos saludables. Una de ellas dijo,

*“Los cambios psicológicos, eso me ayudó mucho, digamos, como veía yo la comida, como la ve uno, con que sentimientos uno come verdad...No es tan fácil porque uno viene con otras realidades desde pequeño, otras costumbres y todo eso, pero si se puede, uno lo va haciendo poco a poco. Yo creo que a través del tiempo uno va haciendo los cambios verdad, eso es como la base más importante que yo obtuve en el proceso del proyecto, saber que yo tengo que trabajar con mi realidad y estar tranquila” E-04*

Otra aseguró, *“Me he podido conocer más y saber qué es lo que me pasa por dentro y que no puedo resolver mis problemas comiendo” E-07*. Este autoconocimiento que les brinda la psicoterapia, aunado a los conocimientos teóricos adquiridos durante el programa, permiten que los participantes tengan una perspectiva propia de la obesidad, como afecta su vida y a partir de ahí generar estrategias para modificar los hábitos que los llevan a mantener un exceso de peso corporal.

Además de conocerse ellos mismos, los pacientes deben entender lo que implica el cambio, comprender que modificar conductas requiere paciencia, tiempo, perseverancia y compromiso, entre muchas otras cosas. Al referirse al cambio y a la adopción de hábitos saludables, una de las entrevistadas destacó la dificultad inherente al proceso, *“Lo que he aprendido en 50 años, cambiarlo en 1 año, verdad, es muy difícil” E-03*. Otra de ellas expresó,

*“Entender que la obesidad no es solamente una cuestión cosmética, verdad, sino que también tiene un trasfondo más allá del porque uno puede mantenerse así, o por qué no quiero salir de ahí. Esto es como cuando uno es alcohólico co-dependiente o algo, es de por vida” E-01*

Por otro lado, algunos destacaron la importancia de la psicoterapia grupal como una herramienta para reconocer que la realidad de todos es similar y sentirse acompañados en el proceso. Una persona destacó que terapia grupal permite ampliar la perspectiva individual; ella dijo,

*“La terapia grupal es más efectiva que la individual, porque hay cosas que a veces las personas están creyendo que están bien y ahí lo oyen y se dan cuenta que si era un problema y eso lo tenían como descartado, porque eso no era problema para la persona, porque es tan cotidiano, que día a día lo ve como normal y la terapia de grupo le permite ver eso” E-05.*

Así, la psicoterapia es un facilitador del cambio y la inconstancia en las sesiones representaría una barrera. De acuerdo a esto, las profesionales consideran que para la próxima intervención sería conveniente incluir solo una persona por oficina, pues en ambos grupos que han tratado, ha sido evidente que los participantes moderan sus intervenciones por la presencia de compañeros de trabajo, *“A este grupo, que era tan pequeño se insertan 3 personas de una oficina muy conflictiva y creo que eso marcó el grupo totalmente” GF03-01.*

Las facilitadoras aseguran que en la segunda intervención el vínculo grupal se logró de mejor manera, tanto por las actividades que se realizaron al comienzo, como el hecho de que los entrenamientos personales arrancaron desde el inicio. Por esto, los participantes se veían más seguidos y se fue fortaleciendo la relación entre ellos. Igualmente, es importante que el equipo contemple una mayor claridad con el encuadre y facilitar así, la pertenencia al grupo, pues si mejoran este sentimiento de pertenencia, logran disminuir la resistencia a la terapia grupal y la deserción al tratamiento.

### **b. Empoderamiento**

Tanto las recaídas, como las dificultades que tengan participantes para reconocer los cambios que logran, son parte natural del proceso, por esto, los facilitadores deben motivar y promover el empoderamiento de los pacientes. Cuando las personas se empoderan de su salud y de su vida toman actitudes que facilitan la constancia en los hábitos

saludables. Por otro lado, mientras no se empoderen, buscarán excusas para evitar el cambio y no asumir la responsabilidad de su salud. Hay varias subcategorías que están ligadas al empoderamiento.

### **i. Barrera: falta de empoderamiento**

La mayoría de los entrevistados, incluso los que han tenido mayor adherencia a los cambios, comentaron las dificultades que han atravesado para mantener horarios de comida estables o para seguir el régimen de hábitos saludables. Por ejemplo, dos de las personas afirmaron no tener adherencia al ejercicio, a lo que una de ellas dijo,

*“Me ha atacado como una idea, yo tengo 47 años y yo digo ¡Ay santísimo Dios! No me diga que yo voy a tener que andar ahí todo el tiempo corre y corre por las calles para poder mantenerme bien verdad, porque no me imagino. Y yo digo, ay que bárbara no he hecho tampoco ese vínculo con el ejercicio de manera que yo diga que lo voy a hacer de por vida verdad, no me imagino como esos viejitos que salen ahí en las carreras de 10 kilómetros” E-01*

Las profesionales mencionaron un caso específico de falta de empoderamiento en una de las pacientes, *“Esta actitud de siempre tirar la bola, es que mi vida, es que mi familia, es que..., verdad, todo como al otro lado y no asumirme” GF03-01*. Por la falta de empoderamiento, es común que los participantes inicien estos programas buscando una solución inmediata o que esperen que la solución la brinde alguien más. Es primordial fortalecer el empoderamiento por varios mecanismos, pues es un pilar en el éxito de la instauración de hábitos saludables, la consecuente pérdida de peso y la mejora en la salud de los pacientes.

Igualmente, de la mano con el empoderamiento, viene la paciencia y la aceptación de que no hay resultados inmediatos. Parte del proceso consiste en que los participantes entiendan que no pueden revertir en un tiempo muy breve, lo que han generado con años de hábitos inadecuados. A esto, uno de los entrevistados dijo, *“Paciencia,*

*porque yo sí quería ya, verdad, y eso me producía mucho estrés verdad, pero ya he aprendido que todo va lento, el proceso es muy lento” E-06*

## **ii. Barrera: Dependencia al proyecto**

Si las personas no se sienten empoderadas, no estarán listas para abandonar el proyecto. Cuatro de los siete entrevistados dijeron que les hubiera gustado seguir en el proyecto, demostrando que aún no están totalmente empoderadas, pues hay cierta dependencia o necesidad de acompañamiento, una de ellas aseguró, *“Quisiera estar con la segunda generación, uno sigue necesitando... Uno quisiera aferrarse, ¡Ay no me suelte!” E-07.*

Los facilitadores consideran que esta dependencia se genera porque no tuvieron un proceso de cierre adecuado, situación que buscaron corregir con el segundo grupo, en el que las personas (de acuerdo a lo expresado por los profesionales) en vez de pedir más, se encontraban deseosos de estar por su cuenta y aplicar lo aprendido en la vida cotidiana. Una de las profesionales dijo,

*“En el grupo anterior no hubo cierre y eso siempre es muy serio; siento que hubo sensación de abandono o sensación de que los dejamos de lado... en cambio con este no, o sea, nos queremos mucho y todo, pero es que cerramos como 5 veces, como rematado el nudo” GF03-01.*

Tal vez, hizo falta reforzar el empoderamiento a través de la psicoterapia. Puede que, con un encuadre más estable, trabajando más la pertenencia al grupo y evitando que haya personas de la misma oficina, se logre un mejor empoderamiento de los participantes y eliminar la dependencia al proyecto. El proceso debe ser centrado en los participantes, para que ellos mismos, desde la guía de los facilitadores, puedan decidir las acciones más convenientes para su proceso de cambio.

De estas cuatro personas que expresaron deseos de seguir en el proyecto, al momento de la entrevista, dos habían retrocedido en los cambios logrados durante los talleres. Puede que con ellas se requiriera una estrategia distinta, o tal vez estas personas no estaban listas para el cambio. Por ejemplo, mientras que la mayoría de los entrevistados

afirmaron aplicar estrategias para incluir actividad física regularmente, estas personas atribuyeron su sedentarismo a patologías descompensadas o falta de tiempo.

### iii. Barrera: Percepción de falta de tiempo

Al no hacerse cargo de su propia salud, se tiende a buscar excusas, porque es más sencillo que aceptar las razones de fondo por las que se mantienen los hábitos poco saludables. Durante las entrevistas se observó que la mayoría de los pacientes tienen una percepción de que el tiempo no les alcanza. Esto les afecta al momento de realizar actividad física, para la selección y preparación de alimentos saludables e incluso para generar momentos de relajación y ocio. Una de las entrevistadas dijo, *“Ni ponerse uno, cerrar los ojos y oír una canción verdad, porque uno está súper acelerado”* E-02.

Por esto, uno de los entrevistados, dejó el proyecto unos meses antes de que culminara la primera etapa, pues la carga académica y algunas situaciones familiares dificultaron su permanencia en octubre y noviembre del 2013. No quería abandonar el proyecto realmente, pero decidió priorizar situaciones familiares antes que la intervención del proyecto. Esta persona se reincorporó al arranque de la segunda etapa. Él dijo,

*“Aquí en la universidad estaba llevando 8 cursos, una de mis hermanas había salido con cáncer, entonces teníamos que estarla acompañando a quimio y la radio; tenía que estar. Yo soy de la Zona Sur, entonces tenía que estar viajando, me iba los jueves, las sesiones eran los viernes (...) entonces siempre como que algo chocaba”* E-06.

Cambiar los hábitos y modificar la rutina requiere un esfuerzo grande de los pacientes, en muchos casos esa falta de tiempo puede ser una barrera que la misma persona establece como una excusa para no realizar los cambios necesarios; sin embargo, también puede haber razones justificadas para faltar. En todo caso, si las personas faltan a las sesiones por resistencia, se evidenciará en otros aspectos de la intervención, como en la adherencia a los hábitos saludables, la motivación, el esfuerzo que demuestren y los resultados de los monitoreos.



Varios de los entrevistados afirmaron que, antes del programa, en muchas ocasiones percibían que estaban tan ocupados, que no tenían tiempo para comer y saltaban tiempos de comida. Uno de ellos afirmó, *“Yo por mi tiempo a veces pasaba incluso a las 4 de la tarde y yo decía, Dios mío yo no he desayunado, ni he almorzado”* E-06.

También varios consideraban que comer saludable era muy complicado y les quitaba mucho tiempo, una de las entrevistadas expresó, *“Si uno tuviera más tiempo tal vez haría alimentos o comidas más elaboradas verdad, entonces uno podría hacer cosas más nutritivas”* E-04. Sin embargo, más adelante afirmó que no era una barrera real, si no una percepción producto de su resistencia al cambio, pues dijo: *“Es que uno siempre dice que no tiene tiempo, digamos uno pone pretextos, cualquier pretexto.”* E-04

La mayoría de los participantes afirmaron haber cambiado la percepción de que cocinar saludable requiere más tiempo. Además, la mayoría también destacó la importancia de dedicar tiempo para ellos mismos regularmente, ya sea practicando actividad física o en algún pasatiempo; reconociendo así la importancia del autocuidado.

Las mujeres trabajadoras y amas de casa suelen vivir en función de otras personas. Al llegar a la casa ya no dedican tiempo para ellas, si no que cumplen con las labores del hogar; la mayoría expuso estas responsabilidades como una barrera. Una dijo, *“Yo, si llego a mi casa, no puedo hacer ejercicio. Llego y ya me piden de comer y me pongo a planchar y ya me pongo a hacer oficio”* E-03. Por otro lado, los estudiantes no suelen tener a cargo otras personas, pero la universidad puede requerir una inversión de tiempo importante y hay momentos en el semestre que realmente se les puede dificultar hacer ejercicio y cocinar.

Los profesionales consideran que la percepción de falta de tiempo está más relacionada a las prioridades que establecen las personas y, evidentemente, a la falta de empoderamiento para asumir su autocuidado. Es importante contemplar este aspecto al realizar la evaluación inicial del grupo, pues podría ser un tema que requiera ser tratado, para que las personas prioricen sus necesidades.



#### **iv. Barrera: Falta de empoderamiento para solicitar apoyo a la familia**

Al principio se percibe el cambio como un sacrificio, como privarse de placeres. Por ejemplo, al inicio del programa, una de las entrevistadas cocinaba alimentos saludables solo para ella y a su familia les seguía dando las preparaciones habituales, *“...trabajando y alistándome solo como para mí y después una cosa diferente para la gente de la casa, porque no los podía incluir a ellos dentro de [las preparaciones saludables] si podía hacerlo, pero yo no podía forzarlos”* E-03

Esta paciente finalmente incluyó a su familia en los cambios que estaba desarrollando, pero en un principio no se empoderaba para pedir a su familia que la apoyara. Este tipo de actitudes son típicas de personas que necesitan la aprobación de otros (como se encontró en los grupos de este proyecto) y siempre están al servicio de los demás, dejando su bienestar en un segundo plano.

Es importante el apoyo y las facilidades que dé la familia a las personas que están en el proyecto; en este caso fue ella misma la que decidió no incluir a sus parientes, pero es importante considerar que, como se dijo anteriormente, la mayoría de participantes de este estudio son mujeres amas de casa y trabajadoras, coincidente con el perfil mayoritario de la población obesa en Costa Rica. Así que, podrían incluirse maneras en que la familia acompañe el trabajo de los participantes. Para esto se sugiere realizar, en el diagnóstico inicial del grupo, una evaluación del apoyo que pudieran tener las personas en su núcleo familiar.

La relación con la familia puede ser un facilitador y un motivante, como se mencionó anteriormente, o podría incluso llegar a ser una barrera. Dos de los pacientes mencionaron casos en que sus familias no los apoyaban tanto, o no los motivaba. Respecto a esto, sería conveniente desarrollar habilidades de comunicación asertiva y realizar una actividad en la que los participantes, de acuerdo a su tipo de familia, puedan conocer herramientas de comunicación e idear estrategias para solicitarle apoyo a sus familiares.

Una de las profesionales aseguró que hay que tener cuidado al momento de vincular a la familia, pues el proceso debe ser centrado en los participantes y enfatizar que es por la salud propia, si no es muy fácil que se auto-desvaloricen y se olviden de ellos mismos, pues podría interpretarse como un reforzamiento al hábito de vivir más pendientes del resto, que de ellos mismos, *“En la obesidad hay como una característica que ha sido común en las personas, son personas que no están tan preocupadas por sí mismas, si no por los otros”* GF04-01.

En dos de las entrevistadas (las personas que reportaron poca adherencia a los hábitos saludables después de finalizar el programa) fue muy evidente esta auto-desvalorización, pues hablaban de otras personas cuando se les hacía preguntas sobre ellas, demostrando que se ocupan del bienestar de otros, antes que el propio. Por ejemplo, cuando a una se le preguntó cómo la ha apoyado su familia, contestó, *“Ayudé a que mi mamá y mi papá cambiaran hábitos de comida”* E-01.

Se puede decir que estas dos personas nunca modificaron su percepción de ellas mismas, si no que siguieron supeditadas a la aprobación y necesidades de otras personas. Tal vez ellas no estaban listas para el cambio o hizo falta que les dieran herramientas para lograr modificar sus percepciones y consolidar los cambios después de finalizar el programa.

#### **v. Barrera: Poca autoestima y motivación**

La autoestima y motivación de los pacientes son aspectos vitales para este empoderamiento y la consecuente adherencia a hábitos saludables. Si no existe suficiente motivación ni autoestima, aunque se faciliten otras condiciones, se entorpece el proceso de cambio. Un ejemplo de esto se dio con los 3 participantes que laboran en la oficina de suministros. Todas cuentan con el apoyo de sus jefes y muchas facilidades para realizar actividad física, pues hay un gimnasio en la oficina, al que todas las semanas asisten un grupo de estudiantes de Educación Física para dirigir sesiones de ejercicio con los funcionarios.

Sin embargo, al momento de la entrevista, solamente 1 de las 3 personas continuaba con la actividad física regular; las otras 2 habían dejado este y otros de los hábitos saludables. Se puede creer que el problema de ellas está ligado al empoderamiento, pues aún teniendo todas las facilidades posibles para realizar actividad física, no se sienten motivadas y se llenan de excusas para justificarse. Una dijo,

*“Mi hijo el menor es el que empieza, ¿mami cuándo va a hacer ejercicio? ¿Mami cuándo va a empezar a hacer ejercicio? Ay si, si un día de éstos, pero ahora estoy viviendo en Heredia, o sea, siempre uno tiene peros, verdad” E-02.*

Anastasiou., Fappa, Karfopoulou, Gkza y Yannakoulia (2015), evaluaron el mantenimiento de la pérdida de peso de acuerdo al *Locus of control*, que se refiere al lugar desde donde proviene el control. Los autores clasifican a los participantes como externos o internos, de acuerdo a los factores que los pacientes consideran que tiene más influencia en su peso corporal: ellos mismos o el ambiente (incluyendo a otras personas). De esta manera el control interno podría considerarse un análogo al empoderamiento que se detalla en este apartado. Encontraron que las personas que se sienten responsables de su salud y empoderadas para ejecutar acciones que los han llevado a la pérdida de peso, tienen una menor tendencia a recuperar el peso perdido, pues tienen una percepción más consciente de su salud. Sin embargo, estos autores relacionan el *Locus of control* a la personalidad y no detallan si es posible promoverlo en los pacientes por medio de una intervención que busque mejorar los hábitos.

#### **vi. Facilitador: Buena autoestima y motivación**

Por otro lado, en el momento que los participantes empezaron a empoderarse de su salud y a valorarse, pudieron aplicar los conocimientos adquiridos respecto a la obesidad, su cuerpo, de patologías y de metabolismo. Este empoderamiento se deriva de autoconocimiento, aceptarse y autorregularse. Para favorecer estos procesos, es primordial que las personas con obesidad relacionen sus sentimientos, las elecciones de alimentos que realizan y los hábitos que forman.

Varios de los participantes hablaron del autocuidado y la autorregulación. Algunos mencionaron importancia de tener metas periódicas y trabajar por ellas, pero también de reconocer que no siempre va a ser posible cumplirlas y aceptar esto como parte del recorrido que implica constatar hábitos saludables. Mencionaron la importancia de comprender el proceso y no ser demasiado rígidos con ellos mismos, tratando de mantener siempre el control. Una de las entrevistadas, quien mantuvo su pérdida de peso, dijo,

*“Mi salud es lo que me motiva todos los días para ver mi plato saludable y pensar que lo que me estoy comiendo me está haciendo bien verdad... que si me doy mi gusto me lo puedo dar, pero que igual tengo que disminuir después, como decir el día de la empanada tengo que disminuir las grasas, aumentar ejercicio, tomar más agua y hacer un balance con mi comida, porque no voy a recuperar lo que tanto me costó perder” E-03*

Las decisiones de hábitos saludables y el empoderamiento también se relacionan con la comprensión de que más allá de la estética, el programa busca mejorar la salud, la autopercepción y finalmente, la calidad de vida, para que cada uno sea responsable y consciente de su propia felicidad. Otra participante, que ha mantenido algunos hábitos, pero no todos, dijo,

*“Porque yo hago ejercicio, como mejor, vienen mejores exámenes, voy bajando de peso o no, pero ya no es como el fin. Si no que el fin es vivir más feliz verdad, como yo estoy hoy porque no puedo estar pensando en el objetivo allá que probablemente no voy a alcanzar (...) no se puede estar sufriendo porque no se alcanza esa meta o porque se alcanza y se vuelve a perder, sino más bien de amarnos día a día más, verdad, como somos, como estamos, pero sin descuidar la salud” E-04*

Como se mencionó anteriormente, no conviene promover en los participantes el objetivo de alcanzar su ideal estético, pues la evidencia muestra que es poco probable que lo logren. Es preferible enfocarse en buscar salud, autoaceptación, empoderamiento y así concentrarse en mantener hábitos saludables, de manera que no se

genere ansiedad por perseguir ideales estéticos. Kristeller y Wolever (2014), han visto que posterior a la pérdida de peso significativa, los viejos hábitos son retomados por un 80% de las personas, quienes recuperan parte o la totalidad del peso perdido. Por esto es fundamental dar herramientas para que los participantes se mantengan empoderados a largo plazo y se prevenga un retroceso en el cambio de hábitos.

### **c. Conocimiento en manejo del estrés**

#### **i. Barrera: Poco o nulo conocimiento para manejar el estrés**

Para mantener hábitos saludables también es importante controlar las emociones y tener resiliencia a pesar de las situaciones de la vida que se modifiquen y que dificulten el mantenimiento de estos hábitos. Si no se maneja el estrés, este puede ser una barrera para el cambio de las personas, pues es un detonante para comer en exceso. Varios de los entrevistados opinaron al respecto; una dijo, *“Uno está estresado y ¿Qué le da? ¡Ansiedad! ¡Ay qué ganas de comer tal cosa, que ganas de comer tal otra!”* E-02

En la vida tan acelerada que se lleva actualmente la mayoría de las personas padece estrés y carece de herramientas para sobrellevarlo. Muchas veces, los pacientes con obesidad se refugian en la comida para solventar estos sentimientos negativos. Por esto, es importante que además de la intervención psicológica, los participantes cuenten con herramientas prácticas, útiles y constructivas que permitan el manejo de las emociones y el estrés.

Dedicar tiempo a realizar actividades recreativas y de esparcimiento es una estrategia para facilitar el manejo del estrés. Dos de los entrevistados se refirieron a esto. Uno lo ejemplificó con decisiones que ha tomado; estas van desde matricular menos materias en la universidad, hasta tener un pasatiempo como una pecera y hacer ejercicio. Otra entrevistada se refirió al programa como un espacio para dedicarse tiempo a ella misma,

*“Uno no saca tiempo para uno, en cambio aquí nos dieron chance para hacer los ejercicios, entonces uno sacaba el tiempo de ir a los ejercicios, de ir a las charlas, todo entonces para mí fue una época muy muy buena”* E-02

## ii. Facilitador: Adecuado conocimiento para manejar el estrés

En la intervención se hicieron algunos ejercicios de relajación con el encargado de actividad física. Dos personas destacan los beneficios que obtenían de esos ejercicios, *“A veces cuando estoy muy estresada recuerdo los ejercicios que él nos ponía a hacer, esos ejercicios de estar uno más tranquilo, más relajado”* E-04

A pesar de que esto es un aspecto positivo de la intervención, se considera que se podría enfatizar un poco más en herramientas para manejar el estrés y las emociones. Tanto a los pacientes como a los profesionales se les preguntó su opinión respecto a la importancia de este tema; se sugirió incluir técnicas de meditación y otros similares como *mindfulness*; a lo que los profesionales respondieron muy adecuadamente y quisieron iniciar un proceso con una experta. Sin embargo, actualmente no les han aprobado un presupuesto que pueda destinarse para ese fin.

Como se dijo anteriormente, se ha probado que tanto *mindfulness* como otras técnicas meditativas promueven la relajación y facilitan el manejo del estrés. Esto es posible aplicarlo en personas con desórdenes alimentarios, porque el estrés y las emociones negativas son detonantes de atracones. En algunos tratamientos holísticos utilizan la meditación para regular los hábitos alimentarios, las emociones, la resiliencia ante los factores sociales y la auto-modulación a pesar de los aspectos culturales. Se ha visto que al mejorar la consciencia respecto a estos factores, se mejoran las elecciones y las cantidades de alimentos que se consumen (Kristeller y Wolever, 2014).

Kristeller y Wolever (2014) exploraron los fundamentos y la aplicación Entrenamiento Basado en *Mindfulness* Para Conscientizar la Alimentación (EBMCA), integrando procesos meditativos con actividades diarias relacionadas a la alimentación y la ansiedad. Se medita para conscientizar la alimentación y modificar comportamientos como: realizar dietas estrictas, los atracones y el uso de la comida con fines no nutritivos (como distracción o consumo por razones emocionales). El EBMCA se basa en que todos estos procesos están ligados a una falta de consciencia en las señales fisiológicas de saciedad.

Por esto, el entrenamiento enfoca la consciencia a las sensaciones de apetito y saciedad. Se aplican algunas técnicas como: pedir a las personas que clasifiquen su nivel de apetito del 1 al 10 reconociendo las sensaciones físicas para esa clasificación. Después toman dos vasos de agua y repitiendo la clasificación después de cada uno. También promueven mini-meditaciones, especialmente antes, durante y después de los tiempos de comida. Estas mini-meditaciones consisten en respirar profundo y generar consciencia de los sentimientos, los pensamientos y las sensaciones físicas (Kristeller y Wolever, 2014).

Estos autores también proponen aplicar ejercicios con distintos grupos de alimentos, incluyendo productos con los que se tiende a comer en exceso, como chocolate, galletas y queso, entre otros. Igualmente incluyen meditaciones con consciencia corporal, en las que se puede practicar yoga en una silla y caminatas conscientes, buscando unificar y apreciar la experiencia corporal (Kristeller y Wolever, 2014).

El objetivo de EBMCA es facilitar a las personas espacios para balancear la energía que invierten pensando en comida, en comer y en el peso corporal. Han visto que aplicar técnicas de meditación mindfulness mejora el estado de ánimo, permite incrementar la sensibilidad a las respuestas de saciedad y disminuir la frecuencia de los atracones en personas con obesidad. Sin embargo, los autores enfatizan que con el EBMCA debe brindarse un acompañamiento profesional y educación para promover también la pérdida de peso (Kristeller y Wolever, 2014).

Este es un ejemplo de nuevas tendencias que existen para complementar los tratamientos integrales que buscan mejorar los hábitos de las personas.

#### **d. Motivar a otros**

Otro aspecto que, dependiendo del enfoque puede ser una barrera o un facilitador, es la motivación que puedan despertar los participantes en otras personas. Todos los entrevistados mencionaron que les genera satisfacción ayudar a familiares, compañeros de trabajo y otras personas cercanas a mejorar sus hábitos, ya sea brindándoles información,



incluyendo a su familia en los cambios que ellos mismos realizan o motivándolos con sus propias acciones. Una de ellas dijo,

*“Si yo llego y le cuento a algún familiar o a todos, ay viera que es que ahí dieron esto y viera que proyectaron tal película y decía esto y entonces, uno va sembrando ahí, va echando la semillita, que yo veo que en mi casa ha servido de mucho, verdad, porque, gracias a Dios mi hijo que estaba con presión alta ya no tiene.” E-02*

Las profesionales aseguran que este tema se debe manejar con mucha cautela, porque a pesar de que se espera que los participantes del proyecto sean entes replicadores en su hogar y promuevan hábitos saludables, no se les puede delegar la salud de otros. Por esto, motivar a otras personas es un facilitador que también podría estar ligado a la barrera mencionada anteriormente, de falta de empoderamiento. Refiriéndose a esto, una de las profesionales aseguró:

*“Son [las pacientes] las que sostienen a todos, son las que sirven a todos, verdad, entonces seguir reforzando eso está desviándonos del eje. Nosotros no les dijimos, a pesar de que si ha sido objetivo nuestro desde el principio, ustedes tienen que ir a hacer, porque se vuelven a olvidar de ellos y van a hacer que todos adelgacen, menos ellos, verdad. Trabajando así, como el eje en ellos, esto va a reflejar hacia otras cosas y así fue como pasó, digamos, los cambios en la alimentación llevaron a modificaciones en la casa, en el lugar de trabajo, la actividad física; porque sí son personas líderes, son personas centrales” GF04-C*

El proyecto debe concentrarse en motivar a los participantes y no buscar directamente que ellos motiven a otros. Si las personas que están alrededor de los pacientes mejoran sus hábitos es ganancia, pero no el eje del proyecto.



### **E. Discusión general**

El análisis para identificar barreras y facilitadores en procesos de cambio permite tener un panorama general de algunos aspectos que deben regularse y de algunos aspectos que se deben potenciar en pro del éxito de las intervenciones en salud como el proyecto O.

Todos los entrevistados se mostraron conformes con el trabajo de los profesionales y con el enfoque del proyecto, probando lo valioso que es brindar un espacio de este tipo, para personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles en una institución como la Universidad de Costa Rica. Además, se observa que muchas de las barreras se transformaron en facilitadores después de la intervención y todos los participantes, incluso los que no han tenido un adecuado mantenimiento, obtuvieron algún beneficio a raíz de su inclusión en el programa.

Cada pilar del proyecto es sumamente importante, pues en la multidisciplinariedad se encuentra la mejor manera de abordar los males en salud que agobian a la sociedad moderna. Sin embargo, como lo dijeron los profesionales, la psicología y el manejo de las emociones es el aspecto que transversa todos los ejes. La psicoterapia en grupo es una barrera que se convierte en un facilitador, porque a pesar de que al inicio había mucha resistencia a las sesiones y la mayoría de los pacientes la mencionaron como una barrera, al final, todos reconocen lo útil que es y la importancia de conocer los sentimientos propios, así como la manera en que estos afectan las decisiones que se toman respecto a la alimentación y el ejercicio.

Tal vez, al principio se requiere enfatizar a los participantes para qué sirve la psicología y la ayuda que implica en el proceso de cambio. También puede que existiera una resistencia a lo grupal por un escaso sentimiento de pertenencia al grupo. Es importante realizar actividades para que los participantes se conozcan mejor, potenciando así, los lazos que se forman ellos y poder generar mayor confianza desde el principio.

Por otro lado, se debe contemplar que durante los primeros seis meses, el componente de actividad física no se reforzó tanto como los otros. Esta fue una de las razones con mayor peso para que los resultados no fueran los ideales en ese periodo. Igualmente, posterior a esto,

el manejo y control nutricional no estuvo tan presente como al inicio y durante toda la intervención no se hizo suficiente énfasis en la importancia del auto-registro de consumo.

En la literatura se demuestra que mantener una dieta adecuada y un hábito regular de ejercicio es lo que potencia un balance energético negativo y la eventual pérdida de peso (Piana et al, 2013). Por esto, es importante que, al momento de iniciar un proyecto se repliquen las cosas que se sabe que funcionan y se mantenga un encuadre estructurado para poder evaluar y analizar de manera pertinente los resultados. Se sabe que este fue el grupo piloto, pero la investigación refuerza lo que dicen los profesionales respecto a la importancia del encuadre y de que el equipo facilitador sea constante, demostrando que el planteamiento es sólido y manteniendo una comunicación fluida entre todas las partes. Así, también es primordial brindar a los participantes la información necesaria, para que sientan que el proyecto está consolidado y no generen ansiedad por la incertidumbre (Hernández, 2009).

Estas carencias en el proceso se dieron, en parte, porque los profesionales no estaban siendo totalmente apoyados por sus jefes. Es vital que la Oficina de Bienestar y Salud los apoye con recursos y también contemplando dentro de sus labores, el tiempo que requiere el proyecto O, balanceándolo así con las tareas, roles y carga laboral de otras funciones que cumplen los profesionales en la oficina.

Al finalizar el programa, 2 de los 6 pacientes entrevistados retomaron viejos hábitos y perdieron la motivación para continuar el proceso por sí solas; entonces se ve que no estaban realmente listas para el cambio. Indira de Beausset (Comunicación personal 19 de mayo de 2016), profesora de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica, por su experiencia e investigaciones, considera que dos pilares para trabajar en las discusiones con el grupo son la percepción de la importancia de mejorar sus hábitos y la percepción de su capacidad de hacerlo (la autoeficacia). Esta profesional también afirma que los principios de la entrevista motivacional son aplicables en un grupo, y que, al igual que se especificó en el apartado del método de barreras, son una herramienta valiosa para la modificación de hábitos y disminuye el riesgo de generar dependencia en los profesionales

En un programa siempre habrá personas que no tienen las condiciones para cambiar. Tal vez se logre con más psicoterapia o con una atención nutricional individual que incluya componentes psicológicos para mejorar el empoderamiento. El empoderamiento es un facilitador que va a depender de las etapas de cambio. Este, mejora la actitud hacia el cambio, porque la persona realmente se siente capaz de modificar su comportamiento y de hacerse cargo de su vida (Anastasiou et al, 2015).

Por esto, es importante contemplar las etapas de cambio. Sin embargo, Indira de Beausset (Comunicación personal, 19 de mayo de 2016), asegura que han visto, tanto en prácticas que realizan las estudiantes de nutrición, como en las consultas grupales realizadas como parte de la maestría en Nutrición Clínica, que las personas al principio sobreestiman la etapa de cambio en la que se encuentran y esto debe ser tomado en cuenta.

Por esto hay que valorar durante las primeras sesiones las actitudes que tienen las personas para el cambio. Es válido también preguntarlo al inicio, pero lo más importante es que los profesionales tengan la capacidad de identificar la etapa de cambio por la interpretación que desarrollen a partir del discurso de los participantes durante las sesiones (Indira de Beausset, Comunicación personal 19 de mayo de 2016).

Actualmente el Proyecto O finalizó la tercera intervención, por lo que el proceso se ha ido enriqueciendo con los conocimientos que adquieren los profesionales y las evaluaciones de los participantes. En todo caso, faltan cosas por hacer para lograr un programa completamente innovador, que incorpore terapias alternativas y los últimos conocimientos sobre lo que funciona en el tratamiento de la obesidad.

En el Anexo 8 se concentran aspectos teóricos y recomendaciones derivadas de esta investigación que se cree, podrían facilitar el trabajo de los profesionales, mejorar los resultados que se obtengan con los participantes del Proyecto O, maximizar el uso de los recursos y expandir la población que se alcanza con esta valiosa iniciativa de la Oficina de bienestar y Salud de la UCR.

## VI. CONCLUSIONES

El Proyecto O demuestra que existen posibilidades de desarrollar programas interdisciplinarios con los recursos de la Universidad de Costa Rica, pero también demuestra que hay un camino por recorrer si se quiere coordinar de manera más institucionalizada, lo cual daría mayor garantía al éxito y alcance del programa. A pesar de que la intervención es incipiente y la información aún es escasa, todo apunta a que el proyecto O podría convertirse en un programa muy exitoso.

Al tener la perspectiva de los participantes y de los profesionales, se logra un panorama integral del desarrollo del proyecto. Esto se pudo comparar con la teoría para identificar barreras y facilitadores y generar así, recomendaciones adecuadas que permitan mejorar el planteamiento del Proyecto O. El Proyecto O se orienta acorde con las directrices que da en la literatura sobre el manejo de programas para disminuir la obesidad.

La planificación del proyecto O se realiza basada en la investigación científica de condiciones que se han aplicado en otras intervenciones para el manejo de la obesidad. Sin embargo, por ser la primera experiencia, hubo varios aspectos que podrían haberse planteado mejor para promover las prácticas saludables en los participantes, tales como: la falta de un encuadre claro por parte de los profesionales, la falta de apoyo total por parte de la OBS, la falta de inclusión de actividad física durante los primeros 6 meses y la escasa promoción del sentimiento de grupo que hubo.

Entre los aspectos rescatados como positivos de la intervención se encuentran: la relación de los profesionales con los pacientes, los conocimientos adquiridos, la formación de redes de apoyo y la posibilidad de tener sesiones regulares de actividad física.

Se debe tener un monitoreo constante del progreso de los participantes, pues teniendo la información de manera oportuna, se pueden aplicar las medidas correctivas inmediatamente.

Mantener un encuadre estable durante las sesiones educativas y de acuerdo al cronograma inicial, es un pilar fundamental para disminuir las ansiedades que pudieran generarse en los participantes durante el proceso de cambio.

La actitud positiva para el cambio antes del proyecto es un aspecto que potencia la motivación, el empoderamiento y por lo tanto el éxito de los pacientes.

La alimentación está muy ligada a las emociones, por lo que el cambio y el empoderamiento deben fomentarse a través de la adquisición de conocimientos, herramientas de autorregulación y psicoterapia. Vale la pena contemplar la posibilidad de incluir aspectos de terapias basadas en la aceptación como una herramienta para generar mayor empoderamiento y buscar mantener los cambios a largo plazo.

A pesar de que se ha visto que los programas integrales para el manejo de la obesidad funcionan, el reto real se encuentra en que los cambios se mantengan en el tiempo, por lo que para evaluar el éxito real del proyecto es importante generar estrategias de seguimiento a los pacientes que van terminando el programa.

Existe una apertura de otras unidades académicas para apoyar y promover el crecimiento del Proyecto O.

Es fundamental evaluar constantemente los proyectos de investigación e intervención en salud. Sin una adecuada evaluación se pierden detalles importantes del proceso y se podría repetir errores. Para la mejora constante de los proyectos, es fundamental ejecutar evaluaciones de proceso, de resultados y de impacto.

Esta evaluación del Proyecto O permitió dar una mirada externa al trabajo de los profesionales y a la respuesta de los participantes, para generar recomendaciones que fueron oportunas y han permitido el crecimiento del proyecto hasta convertirse en el sólido programa que es actualmente.

La aplicación de una metodología de investigación cualitativa permite un panorama integral de lo ocurrido con los participantes y facilitadores, que construyeron la primera generación del Proyecto O de la Oficina de Bienestar y Salud.

## VII. RECOMENDACIONES

En caso de incluir nuevos profesionales en el Proyecto O, sería conveniente que estos pasaran por un proceso de sensibilización para trabajar con población obesa y una orientación sobre lo que sirve y no sirve en el tratamiento.

Para que el Proyecto O siga creciendo y mejorando es vital que la jefatura de la Oficina de Bienestar y Salud apoye a los profesionales brindándoles más tiempo de trabajo para la planificación y evaluación semanal del proyecto. Sería conveniente que estos profesionales cuenten con asistentes o compañeros que los apoyen con ciertas labores que cumplen dentro de la oficina, para que puedan liberar un poco su agenda y dedicar más tiempo al proyecto.

Gestionar el apoyo de la escuela de terapia física para que, en caso de que alguno de los participantes se lesionara, pueda tener prioridad en la lista de citas y no interrumpir la rutina de ejercicio.

Formalizar la gestión con PREANU y la Escuela de Psicología para recibir apoyo de estas unidades académicas.

Considerar la posibilidad de utilizar el registro de consumo propuesto por Villalobos (2015) que está en el Anexo 9 o una adaptación del mismo.

Faltan cosas por hacer para lograr un programa completamente innovador que incorpore los últimos conocimientos sobre lo que funciona en el tratamiento de la obesidad. Sin embargo, un inicio podría ser incluir aspectos de las terapias cognitivas de tercera generación y técnicas basadas en la aceptación para mejorar el reconocimiento de las emociones, facilitar el manejo de situaciones estresantes y promover la adherencia a los hábitos saludables.

La meta con los participantes debe ser alcanzar un peso saludable, enfocando los mensajes al autocuidado, la salud, la constancia, la autoestima, la autorregulación y la aceptación.

Desarrollar un plan de seguimiento para los participantes que culminan el proyecto O.

Considerar la elaboración de un estudio para evaluar la posibilidad de crecimiento del Proyecto O, fiscalizando desde la OBS y articulando la ejecución de las sesiones con otras unidades de la universidad y poder abarcar cada vez más población.

Se recomienda a la Oficina de Bienestar y Salud mejorar su plan de comunicación, pues es importante divulgar tanto en la Universidad, como afuera de ella, el esfuerzo que se hace por desarrollar este tipo de proyectos y mejorar la salud de la población Universitaria, igualmente se debería divulgar este tipo de investigaciones que buscan enriquecer los conocimientos científicos en el campo de la salud.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Amador, K. (2002). *Grado de conocimiento del individuo obeso y con sobrepeso sobre la morbimortalidad asociada a su estado nutricional*. (Tesis de especialidad médica). Universidad de Costa Rica, San José.
- American Dietetic Association. (2009). Position of the American Dietetic Association: Weight Management. *Journal of the American Dietetic Association*. 109 (2):330-346
- Anastasious, C., Fappa, E., Karfopoulou, E., Gkza, A y Yannakoulia, M. (2015). Weight loss maintenance in relation to locus of control: The MedWeight study. *Behaviour Research and Therapy*. 71: 40-44.
- Anónimo. (2016). *Nutrición para vivir mejor*. Recuperado el 18 de noviembre de 2016 de: <http://nutricionparavivirmejor.ucr.ac.cr/?q=quienes-somos>.
- Arias, X., Calvo, N., Chaverri, S., Fallas, S. Pérez, M. Sandoval, V. (2013). *Situación Alimentaria y Nutricional y percepciones en Relación con el Exceso de peso de Mujeres con Sobrepeso y Obesidad del Cantón Central de Alajuela Participantes del Programa de Estilos de Vida Saludables (EVISA) en el año 2012*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Arrebola, E., López, B., Koester, T., Bermejo, L., Palma, S., Lisbona, A. y Gómez, C. (2013). Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria. *Nutrición Hospitalaria* [Versión electrónica]. 28 (5): 1530-1535.
- Brenes, C. (2007). *Diagnóstico y abordaje del sobrepeso y la obesidad en el primer nivel de atención: pacientes entre 20 y 35 años*. *Clínica Clorito Picado T. 2005*. (Tesis de especialidad médica). Universidad de Costa Rica, San José.
- Brenes, M., González, P., López, M. (2007). *Gasto energético e ingesta de energía y macronutrientes en Mujeres con Sobrepeso y Obesidad que residen en las áreas de salud*



- del Programa de Atención Integral de Salud (PAIS)*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Budd, G., Mariotti, M., Graff D y Falkenstein, K (2011). Health care professionals' attitudes about obesity: An integrative review. *Applied Nursing Research*. 24 (3): 127-137.
- Camacho, J., Garita, A., Solano, F y Zúñiga, A. (2014). *Evaluación Primera Etapa Proyecto O*. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Campos, M. (2002). *Caracterización de las creencias irracionales en mujeres con sobrepeso*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Carrad, I. y Kruseman, M. (2016). Qualitative analysis of the role of self-weighing as a strategy of weight control for weight-loss maintainers in comparison with a normal, stable weight group. *Appetite*. (16): 604-610.
- Castro, A y Ramírez, A. (2012). *Prevalencia de manifestaciones asociadas al desorden por atracón en la población con sobrepeso y obesidad que asiste a la consulta grupal para pacientes con enfermedades crónicas: hipertensión arterial y diabetes en el área de salud de Coronado durante Abril-Mayo 2012*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Cebolla, A., Perpiña, C., Lurbe, E., Álvarez-Pitti, J. y Botella, C. (2012). Prevalencia del trastorno del atracón en una muestra de niños obesos. *Anales de pediatría*. 77 (2): 98-102.
- Cruz, V. Méndez, A. y Rivera, M. (2015). *Evaluación de una Alternativa de Atención Nutricional Grupal con Enfoque de Género y Técnicas cognitivo-Conductuales en los cantones de Alajuela y Goicoechea, en Mujeres con Exceso de Peso con edades entre 18-60 años en el año 2014*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Dones, L. (2016). Physical Activity and Dietary Habits of College Students. *The Journal of Nurse Practitioners*. 11 (2): 192-198.

- Elizondo, L., González, P. y Newman, K. (2011). *Calidad de vida relacionada con la salud, nivel de actividad física y capacidad física funcional, según el índice de masa corporal, en el personal de la Junta de protección Social, durante el período de marzo a mayo 2011*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Elte, J., Castro, M., Vrijland, W., Ruseler, C., Groen, M y Mannaerts, G. (2012). Reprint of: Proposal for a multidisciplinary approach to the patient with morbid obesity: The St Franciscus Hospital Morbid Obesity Program. [Versión digital] *European Journal of Internal Medicine*. Recuperado el 5 de mayo de 2014, de: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/science/article/pii/S095362051100166X>
- Escalante, I., García, C., Tinoco, X. (2009). *Implementación de un modelo de atención nutricional grupal para mujeres con sobrepeso y obesidad en edad fértil atendidas en los Ebais del programa de atención integral en Salud UCR-CCSS*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Fismer, K., Watts, S., Bradbury, K y Lewith, G. (2012). Investigating a multidisciplinary and patient-centred approach to obesity. [Versión electrónica] *European Journal of Integrative Medicine*. 4: e219-e222. Recuperado el 5 de mayo de 2014 de: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/science/article/pii/S1876382012000376>
- Fuentes, J., Toporovsky, A., Reyes, M. y Bennett, J. (2016). The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities. [Versión electrónica] *Patient Education and Counseling*. Recuperado el 20 de noviembre de 2016 de: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/science/article/pii/S0738399116304888>
- Gamboa, M. (2002). *Reincidencia en la obesidad en una mujer: una lectura desde categorías de psicoanálisis*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.

- García, S. (1985). *Comparación de dos metodologías para la Atención de Pacientes Obesos*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Garita, A., Solano, F y Zúñiga, A. (2015). *Informe de la Segunda Etapa Proyecto O*. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: An integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*. 21 (4): 430-439.
- González, E. (2011). Genes y obesidad: una relación de causa y consecuencia. *Endocrinología y nutrición*. 58 (9): 492-496.
- González, E. (2013). Obesidad: Análisis etopatiopatogénico y fisiopatológico. *Endocrinología y nutrición*. 60 (1): 17-24.
- González, R. y Stephens, M. (2013). *Evaluación de un modelo de terapia grupal nutricional con un enfoque de género y con elementos cognitivos-conductuales en mujeres con exceso de peso entre 30 y 60 años de edad en la provincia de Alajuela durante el año 2011*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Göran, L. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 61: 105-121
- Hajek, P., Humphrey, K. y McRobbie, H. (2010). Using group support to complement a task-based weight management program in multi-ethnic localities of high deprivation. *Patient education and Counseling*. 80 (1): 135-237.
- Hernández, L. (2009). La flexibilidad del encuadre. Reflexiones a partir de la práctica clínica. *Clínica e investigación Relacional*. 3 (3): 684-694.
- Hokea, C. y Franks, S. (2002). Work site, physician's office, or medical university clinic. The effect of setting on success in a multidisciplinary weight-loss program. *Eating Behaviors*. 3: 93-100

- Jauch-Chara, K y Oltmanns, K. (2014). Obesity- A neuropsychological disease? Sistematic review and neuropsychological model. *Progress in Neurobiology* 114: 84-101.
- Juarascio, A., Manasse, S., Shumacher, L., Espel, H. y Forman, E. (2016). Developing an Acceptance-Based Behavioral Treatment for Binge Eating Disorder: Rationale and Challenges. [Versión electrónica] *Cognitive and Behavioral Practice*. Recuperado el 17 de Octubre de 2016 de: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/science/article/pii/S1077722916000237>
- Kristeller, J. y Wolever, R. (2014). Chapter 6 – Mindfulness-Based Eating Awareness Training: Treatment of Overeating and Obesity. En Baer, R., *Mindfulness-Based Treatment Approaches* (pp119-139). Kentucky: Academic Press.
- Kushner, R. (2014). Weight loss Strategies for Treatment of Obesity. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 56: 465-472
- Lean, M. (2010). Management of obesity and overweight. *Obesity and Metabolic Complications*. 39 (1): 32-38.
- Madrigal, M. (1998). *Terapia grupal con personas obesas: Un alternativa para facilitar el cambio de comportamientos, hacia estilos de vida saludables*. (Tesis de maestría). Universidad de Costa Rica, San José.
- Majeed, F. (2015). Association of BMI with diet and physical activity of female medical students at the University of Dammam, Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 10 (2): 188-196.
- Martínez, T (2011). *Aportes Teóricos y Metodológicos en la Atención Nutricional Grupal a Mujeres con Exceso de Peso*. (Tesis de maestría). Universidad de Costa Rica, San José.
- Matamoros, L. (2014). *Programa de salud para la promoción del autocuidado en personas con obesidad grado I, II, III del Área de Salud San Juan- San Diego- Concepción del convenio CCSS-UCR (PAIS)*. (Tesis de maestría). Universidad de Costa Rica, San José.

- Mauro, M., Taylor, V., Wharton, S y Sharma, A. (2008). Barriers to obesity treatment. *European Journal of Internal Medicine*. 19 (3): 173-180.
- Ministerio de Salud. (2011). *Encuesta Nacional de Nutrición*. Recuperado el 25 de abril de 2014 de:  
[http://www.ministeriodesalud.go.cr/inicio/estadisticas/encuestas/resultado\\_ENN\\_2008\\_2009\\_8\\_octu\\_09.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/inicio/estadisticas/encuestas/resultado_ENN_2008_2009_8_octu_09.pdf)
- Mora, D. Ayón G, Collado, V., Meza, D., Piedra, A. y Quirós P. (2014). *Situación alimentaria y nutricional de mujeres con exceso de peso de 18 a 60 años del Área de Atracción de la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Murawski, M., Milsom, V., Ross, K., Rickel, K., DeBraganza, N., Gibbons, L. y Perri, M. (2009). Problem solving, treatment adherence, and weight-loss outcome among women participating in lifestyle treatment for obesity. *Eating Behavior*. 10 (3): 146-151.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva N°311*  
 Recuperado el 19 de junio de 2017, de:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Osegueda, Z. (2009). *Obesidad y etapa de cambio conductual de los pacientes diabéticos e hipertensos, valorados en el Área de Salud de Cartago, durante el primer semestre de 2008*. (Tesis de especialidad médica). Universidad de Costa Rica, San José.
- Palmo, A. (2013). Severe obesity: Introductory outlines and the conventional non surgical therapy. [Versión electrónica] *e-SPEN Journal*. 8 (5): e216-e227. Recuperado el 9 de mayo de 2014, de:  
<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/science/article/pii/S2212826313000523>

- Panfilis, Ch., Torre, M., Cero, S., Salvatore, P., Dall'aglio, E., Machesi, C., Cabrino, Ch, Aprile, S y Maggini, C. (2008). Personality and attrition from behavioral weight-loss treatment to obesity. *General Hospital Psychiatry*. 30: 515-520.
- Pérez, L., Arredondo, E., Elder, J., Barquera, S., Holub, C. (2013). Evidence-based Obesity Treatment Interventions for Latino Adults in the U.S: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*. 44 (5): 550-560.
- Perri, M., Nezu, A., McKelvey, W., Shermer, R., Renjilian, D y Viegner, B. (2001). Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69(4):722-7266.
- Piana, N., Battistini, D., Urbani, L., Romani, G., Fatone, C., Pazzagli, C., Laghezza, L., Mazzeschi, C. y De Feo, P. (2013). Multidisciplinary lifestyle intervention in the obese: Its impact on patients' perception of the disease, food and physical exercise. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*. 23: 337-343.
- Quesada, T. (2009). *Experiencia profesional en el servicio de nutrición del hospital de la Anexión, Nicoya, Guanacaste, 2008*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Rodríguez, X. (2011). *Experiencia profesional en el Programa de Educación Nutricional Universitario (PREANU) con énfasis en Obesidad y Diabetes Mellitus Tipo 2 en adultos*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Rojas, K. (2015). *Aplicación y evaluación de técnicas cognitivo-conductuales como estrategia en la educación nutricional grupal de mujeres adultas con sobrepeso, en el barrio Portillo del distrito de Turrúcares, Alajuela en el 2014*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Rossini, R., Moscatiello, S., Tarrini, G., Di Domizio, S., Soverini, V., Romano, A., Mazzotti, A., Dalle, R. y Marchesini, G. (2011). Effects of Cognitive-Behavioral Treatment for Weight loss in Family Members. *Journal of the American Dietetic Association*. 111 (11): 1712-1719.

- Safer D. y Jo, B. (2010). Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to an Active Comparison Group Therapy. *Behavior Therapy*. 41 (1): 106-120.
- Salbach, H., Bohnkamp, Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. y Miller, A. (2008). Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*. 15 (4): 415-425.
- Sharon M. Fruh, S., Nadglowski, J., Hall, H., Davis, S., Crook, E y Zlomke, K. (2016). Obesity Stigma and Bias. *The Journal of Nurse Practitioners*. 12 (7): 425-432.
- Sherwood, N., Butryn, M., Forman, E., Almirall, D y Seburg, E *et al.* (2016). The BestFIT trial: A SMART approach to developing individualized weight loss treatments. *Contemporary Clinical Trials*. 47: 209-216.
- Shook, R., Hand, G., Drenowatz, C., Hebert, J., Paluch, A . y Blundell, J. et al. (2015). Low levels of physical activity are associated with dysregulation of energy intake and fat mass gain over 1 year. *Am J Clin Nutr*. 102: 1332-1338.
- Sirois, F. (2015). A self-regulation resource model of self-compassion and health behavior intentions in emerging adults. *Preventive Medicine Reports*. 2: 218-222.
- Solano, K. (2003). *Diagnóstico de la atención grupal brindada al adulto con exceso de peso en el primer nivel de atención de la C.C.S.S.* (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Soleimania, M., Ghasemzadeh, A. y Ebrahimnezhad, M. (2012). Effects of dialectical behaviour therapy on increasing self-esteem in women with binge eating disorder. *Procedia: Social and Behavioral Sciences* 46 (2012) 1091 – 1095
- Stephens, S., Cobiac, L. y Veerman, J. (2014). Improving diet and physical activity to reduce population prevalence of overweight and obesity: An overview of current evidence. *Preventive Medicine*. 62: 167-178.



- Stotland, S. (2012). Moderation: An alternative to restraint as a mode of weight self-regulation. *Eating behaviors*. 13 (4): 406-409.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Editorial Paidós. Recuperado el 13 de junio de 2014 de: <http://asodea.files.wordpress.com/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>
- Ulate, L. (2011). *Percepción de la imagen corporal asociada al peso actual como un indicador indirecto del riesgo de padecer enfermedad metabólica en pacientes ambulatorios del servicio de Endocrinología de Hospital San Juan de Dios*. (Tesis de especialidad médica). Universidad de Costa Rica, San José.
- Villalobos, G. (2015). *Aplicación de técnicas cognitivo conductuales (automonitoreo, control de estímulos y debate de ideas irracionales) en un grupo de pacientes con exceso de peso en la consulta nutricional privada en Getsemaní, San Rafael, Heredia*. (Tesis de maestría). Universidad de Costa Rica, San José.
- Villalobos, G. (2015). *Componentes de la atención clínico nutricional dirigida a pacientes adultos con enfermedades crónicas no transmisibles*. San José: Universidad de Costa Rica
- Wadden, T., Butryn, M. Y Wilson, C. (2007). Lifestyle Modification for the Management of Obesity. *Gastroenterology*. 132: 2226-2238
- WHO. (2006). *BMI classification*. Recuperado el 23 de mayo de 2014 de: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)
- WHO. (2015). *Global Health Observatory data*. Recuperado el 14 de junio de 2015 de: [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/overweight/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/)
- Wiklund, P. (2016). The role of physical activity and exercise in obesity and weight management: Time for critical appraisal. *Journal of Sport ans Health Science*. 5 (2): 151-154.
- Wisniewski, L. (2003). The Application of Dialectical Behavior Therapy to the Treatment of Eating Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice* 10: 31-138.



Zuckoff, A. (2012). "Why won't my patients do what's good for them?" Motivational interviewing and treatment adherence. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 8 (5): 514-521

**IX. ANEXOS**

**Anexo 1. Información documentada en otros Trabajos Finales de graduación relacionados al abordaje o caracterización de las personas adultas con sobrepeso y/u obesidad, desarrollados en la Universidad de Costa Rica, San José; desde 1985 hasta el 2015.**

Información y observaciones de otros Trabajos Finales de Graduación desarrollados en la Universidad de Costa Rica relacionados al abordaje o caracterización de las personas adultas con sobrepeso y/u obesidad desde 1985 hasta el 2015.

Autor, año y nombre de la investigación	Escuela	Observaciones
(García, 1985) <i>Comparación de dos metodologías para la Atención de Pacientes Obesos.</i>	Nutrición	<p>Comparó la pérdida de peso lograda por los individuos con obesidad al recibir terapia grupal o terapia individual durante 6 meses. La terapia individual consistió en consulta nutricional mensual, con una duración máxima de 15 minutos (6 sesiones totales). Las sesiones grupales se realizaron cada 15 días y tenían una duración de 70 minutos (12 sesiones totales). Las sesiones fueron tanto de contenido nutricional, como de contenido psicológico, dirigidas respectivamente por un profesional de cada área.</p> <p>La población fue de 30 pacientes ambulatorios, 97% mujeres mayores de 20 años. No se encontró diferencias significativas entre las metodologías estudiadas, sin embargo, en la terapia grupal fue posible incorporar a un profesional de psicología, facilitando que los participantes expresen sus sentimientos; además, permite un mejor uso de la hora nutricionista, ya que puede abarcar entre 15-20 pacientes por sesión.</p>
(Madrugal, 1998). <i>Terapia grupal con personas obesas: Una alternativa para facilitar el cambio de comportamientos, hacia estilos de vida saludables.</i>	Trabajo Social	<p>Buscó desarrollar una alternativa de terapia grupal para promover el cambio de comportamientos en personas con obesidad. Estudió un grupo de 12 mujeres con obesidad. Tenían edades entre 45 y 75 años, residentes de un área urbana, dedicadas a las labores domésticas y con un nivel de escolaridad de primaria y secundaria incompleta. El objetivo principal del trabajo se basó en la identificación de creencias, pensamientos y comportamientos (tanto personales como familiares) de riesgo que limitan adecuados hábitos de alimentación, ejercicio físico. Realizó 14 sesiones de noventa minutos en las que aplicó técnicas cognoscitivas y técnicas de relajación psicofísica, buscando siempre mecanismos para afrontar los conflictos. Entre los pensamientos disfuncionales más</p>

Autor, año y nombre de la investigación	Escuela	Observaciones
(Amador, 2002). <i>Grado de conocimiento del individuo obeso y con sobrepeso sobre la morbimortalidad asociada a su estado nutricional.</i>	Medicina	frecuentes destaca el filtraje, la culpabilidad, la sobregeneralización, polarización y el debería.  Concluye que el modelo grupal facilita la generación de una red de apoyo que promueve la asertividad, la autoestima y la autoaceptación. Además, mediante la reconstrucción de los pensamientos se conduce a los participantes para que establezcan relaciones familiares y sociales más asertivas.  Identificó el grado de conocimiento del individuo obeso y con sobrepeso respecto a la morbimortalidad asociada a su estado nutricional. Realizó 171 encuestas y toma de medidas antropométricas a pacientes de Agua Caliente de Cartago. Participaron mayoritariamente mujeres con edades entre 40-59 años. Los encuestados reconocen la obesidad como un riesgo; sin embargo, no tienen conocimiento teórico real de la enfermedad.
(Campos, 2002). <i>Caracterización de las creencias irracionales en mujeres con sobrepeso.</i>	Psicología	Realizó un estudio exploratorio descriptivo de las creencias irracionales predominantes que se han desarrollado en mujeres con sobrepeso. Participaron 72 mujeres con sobrepeso, con edades entre los 20 y 60 años. La información se recolectó por medio de la escala de Actitudes y Creencias ABT, entrevistas semiestructuradas y un grupo focal. Encontró que estas mujeres tienen un alto nivel de exigencia que les impide adaptarse con facilidad a las circunstancias difíciles e incómodas, una baja tolerancia a la frustración y en ellas predominan procesos de condenación o evaluación global del éxito. Clasificó los pensamientos irracionales en 3 categorías predominantes: centrarse en lo negativo, etiquetado y sobregeneralización y siempre y nunca. La autora asegura que estos

Autor, año y nombre de la investigación	Escuela	Observaciones
(Gamboa, 2002). <i>Reincidencia en la obesidad en una mujer: una lectura desde categorías de psicoanálisis.</i>	Psicología	<p>pensamientos irracionales se fortalecen por la discriminación social hacia la obesidad y que son estos mismos pensamientos los que impiden tener éxito al intentar adelgazar. Recomienda diseñar y comprobar la eficacia a corto, mediano y largo plazo de un programa de tratamiento integral (racional-emotivo-conductual, de salud, nutrición y entrenamiento físico). Además, destaca la relevancia de aplicar herramientas cognitivo-conductuales para generar un locus de control en los pacientes.</p> <p>Esta investigadora hace un estudio de un caso de una mujer que, posterior a finalizar un programa llamado Cuida kilos y haber perdido un 11% de su peso corporal, volvió a subir el peso perdido. Para recolectar la información realizó cuatro entrevistas a profundidad; al analizar utilizó categorías psicoanalíticas como el cuerpo, la necesidad, el deseo, el síntoma, la sexualidad femenina, la maternidad, el goce y la angustia.</p> <p>Descubre una serie de aspectos psicológicos relacionados a los hábitos de alimentación, especialmente ligados a comportamientos poco saludables, como comer en exceso, entre otros.</p> <p>Concluye que la reincidencia de la obesidad está directamente ligada a un desorden psíquico. Considera que la obesidad es un síntoma reflejo de aspectos inconscientes, que son la raíz del problema. Por esto, sugiere la utilización del psicoanálisis abordar el estudio de la obesidad y su reincidencia.</p>
(Solano, 2003) <i>Diagnóstico de la atención grupal brindada al adulto con exceso de peso en el primer nivel de atención</i>	Nutrición	<p>Se buscó para identificar barreras y facilitadores de la atención brindada a personas con exceso de peso en el primer nivel de atención de la C.C.S.S. Se entrevistó a 12 nutricionistas, de las cuales 11 brindaban atención grupal para el manejo del peso. La población que recibía la atención era, en su mayoría, mujeres adultas jóvenes, amas de casa con baja escolaridad y más de 10 años de tener exceso de peso. Encontró que la atención suele ser no</p>

Autor, año y nombre de la investigación	Escuela	Observaciones
<i>de la C.C.S.S.</i>		estructurada, sin límite de tiempo y de modalidad abierta (siempre se permite el ingreso de nuevos participantes). Aplican educación nutricional básica y brindan un plan de alimentación personalizado y estructurado, promueven un grupo de ejercicio, desarrollan la formulación de metas personales y técnicas de reforzamiento positivo. Entre las barreras principales encontró la falta de planificación didáctica y programación educativa; como consecuencia de falta de recursos y apoyo institucional; así como la falta de conocimientos del abordaje grupal del adulto con exceso de peso. Destaca que los nutricionistas perciben que la terapia grupal favorece la adherencia al tratamiento por la red de apoyo que se articula.
(Brenes, 2007) <i>Diagnóstico y abordaje del sobrepeso y la obesidad en el primer nivel de atención: pacientes entre 20 y 35 años. Clínica Clorito Picado T. 2005.</i>	Medicina	Estudió cuantitativamente y cualitativamente el diagnóstico y abordaje que reciben los pacientes con sobrepeso y obesidad de la Clínica Clorito Picado. Estudió 237 expedientes y realizó un grupo focal con médicos. Encontró que un 56% de los pacientes tienen sobrepeso y obesidad, con predominancia de mujeres (69% mujeres y 31% hombres). De la población estudiada, un 80% no recibió ningún tipo de intervención, además correlacionó que cuando el IMC fue mayor a 35, fue menor la atención que recibieron los pacientes. Los médicos reportaron una actitud positiva hacia los pacientes con obesidad, pero frustración porque perciben que los resultados son a largo plazo.
(Brenes, González y López, 2007). <i>Gasto energético e ingesta de energía y macronutrientes en Mujeres con Sobrepeso y Obesidad que residen en las áreas de salud del Programa de Atención</i>	Nutrición	Realizaron un estudio transversal descriptivo para relacionar el gasto energético y la ingesta de macronutrientes de mujeres con sobrepeso y obesidad residentes de las áreas de salud PAIS (Montes de Oca, Curridabat y La Unión). Las participantes realizaron un registro con pesos estimados durante 3 días, un registro de actividad física durante 7 días, toma de medidas antropométricas y calorimetría indirecta VO2000. Las investigadoras correlacionan directamente el IMC con el Total de Energía Expedida, además, no encontraron una diferencia significativa entre el cálculo de esta variable por calorimetría indirecta y Harris-Benedict. Igualmente

Autor, año y nombre de la investigación	Escuela	Observaciones
<i>Integral de Salud (PAIS).</i>		encontraron que el grupo reporta la siguiente distribución promedio del Valor Energético Total de la dieta: 52% carbohidratos, 35% de grasas y 14% de proteínas. Se destaca la importancia de contemplar que las personas con obesidad tienden a subestimar su consumo de alimentos, por lo que los resultados podrían estar sesgados.
(Escalante, García y Tinoco, 2009).  <i>Implementación de un modelo de atención nutricional grupal para mujeres con sobrepeso y obesidad en edad fértil atendidas en los Ebais del programa de atención integral en Salud UCR-CCSS.</i>	Nutrición	Aplicaron un modelo de atención nutricional grupal para mujeres con sobrepeso y obesidad en edad fértil. Se realizaron seis sesiones de atención nutricional grupal utilizando técnicas como discusión participativa, promoviendo el intercambio de experiencias y el reconocimiento de las actitudes propias hacia su enfermedad y el tratamiento. Participaron 17 mujeres con edades entre 25 y 50 años. Al finalizar el estudio, la mayoría de mujeres mejoraron su perfil antropométrico, así como los conocimientos y hábitos alimentarios. Diez meses después dieron seguimiento a 5 mujeres elegidas al azar. Estas mantuvieron la mejora en los parámetros antropométricos y reportaron que recordaban los conocimientos adquiridos durante las sesiones.
(Osegueda, 2009).  <i>Obesidad y etapa de cambio conductual de los pacientes diabéticos e hipertensos, valorados en el Área de Salud de Cartago, durante el primer semestre de 2008.</i>	Medicina	Estudió la etapa de cambio de los pacientes hipertensos y/o diabéticos que presenten algún grado de obesidad del Área de Salud de Cartago, durante el primer semestre del 2008. Participaron 73 pacientes, con edades entre 33 y 77 años. Un 78,1% mujeres con un ingreso familiar menor a 150.000.00 colones mensuales y un grado de escolaridad de primaria. Identificó que el 87.7% de los pacientes se encontraba en etapa de acción y los motivaba el control de las comorbilidades asociadas a la obesidad. Encontró una relación significativa entre la etapa de cambio conductual y el conocimiento de los beneficios de mantener un peso saludable para las personas hipertensas.



Autor, año y nombre de la investigación	Escuela	Observaciones
(Quesada, 2009). <i>Experiencia profesional en el servicio de nutrición del hospital de la Anexión, Nicoya, Guanacaste, 2008.</i>	Nutrición	Quesada desarrolla una guía práctica para el manejo nutricional del paciente adulto obeso. Estudió una muestra de 20 mujeres y 3 hombres con IMC igual o superior a 30, pacientes de la consulta externa. Les realizó una anamnesis integral y nutricional; recopiló las recomendaciones nutricionales que ya estaban documentadas en el hospital y trianguló esto con recomendaciones de las nutricionistas del centro médico. De acuerdo con la información recolectada desarrolló la guía de manejo nutricional con recomendaciones nutricionales y maneras adecuadas de brindar esa información, generando así una metodología estructurada.
(Elizondo, González y Newman, 2011). <i>Calidad de vida relacionada con la salud, nivel de actividad física y capacidad física funcional, según el índice de masa corporal, en el personal de la Junta de protección Social, durante el período de marzo a mayo 2011.</i>	Terapia Física	Analizaron la calidad de vida relacionada con la salud, el nivel de actividad física y la capacidad funcional en el personal de la Junta de Protección Social, de febrero a setiembre del 2011. Evaluaron 112 personas con edades promedio de 50,9. El 70% presentó sobrepeso u obesidad y un 52,7% obesidad central. Encontraron que existe una relación negativa entre el IMC y la capacidad funcional, principalmente en mujeres y adultos mayores.
(Martínez, 2011). <i>Aportes Teóricos y Metodológicos en la Atención Nutricional Grupal a Mujeres con Exceso de Peso.</i>	Nutrición	Buscó proponer lineamientos teóricos y metodológicos al desarrollar atención nutricional grupal para mujeres con exceso de peso. Estudió 28 mujeres (16 con seguridad alimentaria y 12 con seguridad alimentaria)  Residentes del cantón central de Alajuela, con edades entre 30 y 60 años, mayoritariamente amas de casa y principalmente con una escolaridad media o baja. Se identifica una relación directa entre el

Autor, año y nombre de la investigación	Escuela	Observaciones
(Rodríguez, 2011). <i>Experiencia profesional en el Programa de Educación Nutricional Universitario (PREANU) con énfasis en Obesidad y Diabetes Mellitus Tipo 2 en adultos.</i>	Nutrición	<p>exceso de peso y la depresión. Entre las barreras para la pérdida de peso se identifica el rol social y familiar de la mujer. En el caso de las mujeres con Seguridad Alimentaria baja, se identificó como facilitador conocer técnicas para alimentarse saludablemente a bajo costo. Las motivaciones para la pérdida de peso suelen estar relacionadas a la salud y la belleza, que generalmente responden a modelos irreales y expectativas de otras personas.</p> <p>La investigadora recomienda una alternativa de atención feminista, aplicando técnicas cognitivo-conductuales, con una duración de 6 meses y que incluya temas de nutrición, actividad física y aspectos emocionales, sociales y familiares. Además de mejorar los hábitos de actividad física y alimentación, se debe mejorar la autoaceptación, el auto-cuido, así como el reconocimiento de aspiraciones y motivaciones personales.</p> <p>Como parte de una práctica profesional realizada en le PREANU, se estudió y mejoró la consulta grupal “Adelgace saludablemente” para pacientes con sobrepeso y obesidad. Se realizaron varias modificaciones, entre ellas se pudo generar un trabajo interdisciplinario con estudiantes de otras carreras, facilitando la inclusión de los componentes de psicología y actividad física en las sesiones. Se ejecutaron sesiones con dos grupos, los para un total de 20 mujeres y 2 hombres participantes, con una edad promedio de 48,1 años; sobrepeso y obesidad grado I, II y III. En la evaluación final se identificó una mejora en conocimientos, actitudes y prácticas de los participantes. Entre las limitantes para la asistencia a las sesiones y para el cambio de los participantes identificó aspectos relacionados al rol social de la mujer (por tender a priorizar el cuidado de otros sobre el propio). Se concluye que incluir aspectos psicológicos y de actividad física en las intervenciones nutricionales grupales permiten que los pacientes interioricen mejor la información que se brinda, facilita el proceso de cambio y brinda más herramientas para superar los obstáculos.</p>

Autor, año y nombre de la investigación	Escuela	Observaciones
<p>(Ulate, 2011).</p> <p><i>Percepción de la imagen corporal asociada al peso actual como un indicador indirecto del riesgo de padecer enfermedad metabólica en pacientes ambulatorios del servicio de Endocrinología de Hospital San Juan de Dios.</i></p>	Medicina	<p>Estudió la percepción de la imagen corporal asociada al peso actual, como un indicador indirecto del riesgo de padecer enfermedad metabólica, en pacientes ambulatorios del servicio de Endocrinología de Hospital San Juan de Dios. Participaron 196 pacientes, 82.7% mujeres y 44.7% hombres, con edad promedio de 46.8. La información se recolectó por medio de un cuestionario, una entrevista directa con cada participante y mediciones antropométricas. Se encontró que las personas tienden a subestimar su estado nutricional, además este patrón es más común entre las personas con sobrepeso y obesidad.</p>
<p>(Castro y Ramírez, 2012).</p> <p><i>Prevalencia de manifestaciones asociadas al desorden por atracón en la población con sobrepeso y obesidad que asiste a la consulta grupal para pacientes con enfermedades crónicas: hipertensión arterial y diabetes en el área de salud de Coronado durante Abril-Mayo 2012.</i></p>	Nutrición	<p>Estudiaron la prevalencia de manifestaciones asociadas al Desorden del Atracón en personas con sobrepeso y obesidad que asisten a la consulta de Pacientes con Enfermedades crónicas del Área de Salud de Coronado. Recolectaron datos sociodemográficos y antropométricos, además aplicaron el Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso. Participaron 158 pacientes (125 mujeres y 33 hombres) con edades entre 23 y 64 años. La mayoría de los pacientes presentaron sobrepeso u obesidad, principalmente las mujeres de 50 años. Determinaron que un 33.5% de la población reportaba manifestaciones asociadas al Desorden del Atracón, sin embargo, no pudieron ligarlo estadísticamente al exceso de peso, el sexo o la edad.</p>

Autor, año y nombre de la investigación	Escuela	Observaciones
<p>(Arias et al, 2013)</p> <p><i>Situación Alimentaria y Nutricional y percepciones en Relación con el Exceso de peso de Mujeres con Sobrepeso y Obesidad del Cantón Central de Alajuela Participantes del Programa de Estilos de Vida Saludables (EVISA) en el año</i></p>	Nutrición	<p>Evaluaron la situación alimentaria y nutricional, así como las percepciones en relación con el exceso de peso de un grupo de mujeres con sobrepeso y obesidad del Cantón Central de Alajuela. Participaron 67 mujeres con edades entre 18 y 60 años. La mayoría se caracterizó por ser amas de casa, estar casadas, con un nivel de escolaridad e ingreso económico bajo. Nutricionalmente, 57% de las participantes tenían obesidad y el 43% sobrepeso. Entre las principales barreras que destacaron para la pérdida de peso están su pareja y el entorno familiar; mientras que las redes de apoyo y los programas educativos fueron los principales facilitadores mencionados. La apariencia física fue la principal motivación para la pérdida de peso. Las autoras destacan que es primordial desarrollar campañas de prevención para el sobrepeso y la obesidad.</p>
<p>(González y Stephens, 2013)</p> <p><i>Evaluación de un modelo de terapia grupal nutricional con un enfoque de género y con elementos cognitivos-conductuales en mujeres con exceso de peso entre 30 y 60 años de edad en la provincia de Alajuela durante el año 2011.</i></p>	Nutrición	<p>Evaluaron un modelo de terapia grupal con enfoque de género. Aplicaron técnicas cognitivo-conductuales en un grupo de mujeres con sobrepeso u obesidad y edades entre 30 y 60 años. Se impartieron 20 sesiones en un lapso de 6 meses. Al final del estudio, las participantes mejoraron su estado nutricional y aceptaron la metodología empleada. Las investigadoras concluyen que el modelo favorece la pérdida de peso a corto plazo.</p>
<p>(Matamoros, 2014)</p> <p><i>Programa de salud para</i></p>	Psicología	<p>Se desarrolló un programa de promoción de la salud, que buscó realizar un diagnóstico de las necesidades de autocuidado de personas con obesidad, con el fin de facilitar la satisfacción de estas</p>

Autor, año y nombre de la investigación	Escuela	Observaciones
<i>la promoción del autocuidado en personas con obesidad grado I, II, III del Área de Salud San Juan- San Diego- Concepción del convenio CCSS-UCR (PAIS).</i>		necesidades y aumentar la calidad de vida que perciben estas personas. Los ejes temáticos de mayor relevancia fueron: alimentación saludable, actividad física y auto-soporte. Realizó 8 sesiones semanales grupales, con una duración de 2.5-3 horas cada día. El proceso fue completado por 6 mujeres mayores de edad diagnosticadas con obesidad. Concluye que un menor autocuidado se influencia por estados depresivos y por el rol de género, pues las mujeres son cuidadoras de otras personas, priorizando esta tarea sobre el cuidado propio. Además, vio que las participantes contaban con información sobre alimentación saludable que no traducían a prácticas, por lo que es necesario diseñar e implementar acciones que motiven al cambio. Las participantes lograron una mayor autovaloración de la calidad de vida al finalizar el proceso grupal.
(Mora et al, 2014) <i>Situación alimentaria y nutricional de mujeres con exceso de peso de 18 a 60 años del Área de Atracción de la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez.</i>	Nutrición	Describieron la situación alimentaria y nutricional de un grupo de 69 mujeres con exceso de peso y edades entre 18 y 60 años del Área de Atracción de la Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez. La mayoría de participantes eran casadas, amas de casa, en adultez media, con estudios de secundaria y bajos recursos económicos. Encontraron una alta incidencia de obesidad tipo I, resistencia a la insulina, hipertensión arterial y obesidad abdominal. Las autoras consideran que las participantes subestimaron su ingesta diaria y sobreestimaron su nivel de actividad física. La falta de voluntad para ejercer una alimentación saludable y practicar actividad física fue la principal barrera para la pérdida de peso. El apoyo de amigos y familiares fue el facilitador mencionado con mayor frecuencia por las participantes. Entre las motivaciones más mencionadas para la pérdida de peso estuvieron la mejora y mantenimiento de la salud, la estética, mejorar la calidad de vida; así como mejorar la autoestima y la participación en actividades familiares y sociales.
(Cruz, Méndez y Rivera, 2015)	Nutrición	Las autoras trabajaron con varios grupos de mujeres, para un total de 29 participantes, con edades entre 38 y 58 años. Se desarrollaron

Autor, año y nombre de la investigación	Escuela	Observaciones
<i>Evaluación de una Alternativa de Atención Nutricional Grupal con Enfoque de Género y Técnicas cognitivo-Conductuales en los cantones de Alajuela y Goicoechea, en Mujeres con Exceso de Peso con edades entre 18-60 años en el año 2014.</i>		<p>21 sesiones grupales semanales, en las que se brindó terapia nutricional con enfoque de género y aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. Al final, evaluaron los cambios en el estado nutricional, la práctica de actividad física, el control del estrés y la ansiedad, así como los conocimientos adquiridos y las actitudes modificadas. Observaron reducciones en el peso corporal y circunferencia de cintura, así como mejora de los parámetros bioquímicos, calidad de la alimentación reducción de la ingesta calórica diaria, aumento en la actividad física y la adquisición de nuevos conocimientos de alimentación saludable. Igualmente, disminuyeron los niveles de estrés y ansiedad. Se reportó un avance positivo hacia el cambio y una aceptabilidad a la metodología aplicada, por lo que concluyen que esta metodología es adecuada para el manejo de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas.</p> <p>Consideran que el enfoque de género facilitó la cohesión del grupo y permitió adecuar las recomendaciones y metas propuestas a la realidad de las mujeres, el componente grupal promovió el apoyo y la TCC fue vital para establecer nuevos hábitos; sin embargo, se debe reforzar estas técnicas para que se logren mayores cambios conductuales y potenciar la pérdida de peso.</p>
<p>(Rojas, 2015).</p> <p><i>Aplicación y evaluación de técnicas cognitivo-conductuales como estrategia en la educación nutricional grupal de mujeres adultas con sobrepeso, en el barrio Portillo del distrito de Turrúcares, Alajuela en el 2014.</i></p>	Nutrición	<p>Se evaluó la mejora de los hábitos de mujeres con sobrepeso al aplicar educación nutricional y estrategias cognitivo-conductuales (automonitoreo, economía de fichas, parada de pensamiento, reforzadores positivos y psicoeducación). Participaron 7 mujeres con edades entre 30 y 60 años. Se realizaron 8 sesiones semanales de 2 horas cada una. Al final de la intervención las pacientes optimizaron sus indicadores antropométricos, aumentaron los tiempos de comida diarios y mejoraron conocimientos y actitudes relacionadas a las proporciones de los grupos alimentarios que consumían.</p>

Autor, año y nombre de la investigación	Escuela	Observaciones
<p>(Villalobos, 2015).</p> <p><i>Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales (automonitoreo, control de estímulos y debate de ideas irracionales) en un grupo de pacientes con exceso de peso en la consulta nutricional privada en Getsemani, San Rafael, Heredia.</i></p>	Nutrición	<p>La investigadora aloró la efectividad en la pérdida de peso al aplicar técnicas cognitivo-conductuales con dietoterapia. Se desarrolló y aplicó dos cuestionarios a 9 personas, igualmente se llevó a cabo un grupo focal con 15 pacientes, para identificar las ideas irracionales en torno a la alimentación que presentaban estas personas; en la segunda etapa se realizó consulta grupal de 10 pacientes adultos con exceso de peso. Durante 5 meses, se realizaron de 3 a 5 sesiones con cada paciente, en las que se aplicaban técnicas cognitivo-conductuales como automonitoreo, control de estímulos y debate de ideas irracionales; igualmente, se les facilitó a los pacientes un plan dietético hipocalórico.</p> <p>Los pacientes perdieron en promedio 3.3kg y lograron cambios de comportamiento. Por esto, la investigadora concluye que la aplicación de terapias cognitivo-conductuales en la consulta nutricional es efectiva para alcanzar metas a corto plazo.</p>



**Anexo 2. Cronograma de actividades de las etapas 1 y 2 del grupo piloto del Proyecto O  
llevado a cabo desde mayo de 2013, hasta noviembre de 2014.**



Cronograma de actividades de la etapa 1 del Proyecto O desde mayo hasta noviembre de 2013.

Actividades	Fecha
Taller de diagnóstico:	31 mayo de 2013
Toma de medidas antropométricas, entrega de boletas para los laboratorios, llenado de fichas para el expediente de salud,	
Se pasaron escalas de depresión y ansiedad	
Motivación para iniciar el proceso	
Devolución de datos bioquímicos, nutricionales y psicológicos. Toma de medidas de resistencia y caminata para valorar condición física.	14 de junio de 2013
Autoevaluación de los hábitos alimentarios.	
Primera sesión de psicoterapia: Resistencia la mirarse y asumirse.	
Se revisaron las reglas del grupo	
Segunda sesión de psicoterapia: Integración grupal, las reglas del grupo.	12 de julio de 2013
La ayuda buena y ayuda mala desde la perspectiva sistémica	
Convivio rompiendo límites 2: (operacionalización de recursos)	19 de julio de 2013
Entrega y explicación de planes de alimentación, así como y su adecuado registro	
Prueba de gradas para evaluar condición física	
Ejercicios básicos: calentamientos, relajación, uso de bandas, estiramientos, yoga, caminata, marcha, ejercicios de equilibrio isométricos e isocinéticos. Se sugiere, que por su cuenta, realicen una actividad física que consideren atractiva.	
Charla de fisiología del metabolismo: nutrición y ejercicio	
Taller 1: ¿Qué pasa con mi cuerpo y cómo manejarlo?	9 de agosto de 2013
Toma de mediciones antropométricas	
Recomendaciones técnicas para caminar y correr	

Actividades	Fecha
Confrontación del esfuerzo realizado en diversos temas: alimentación y registro de consumo, ejercicio y actividad física, actitudes y relaciones personales	
Tercera sesión de psicoterapia: Cargas emocionales que se reflejan en lo físico. ¿Cuánto es mío y cuanto de otros?	23 de agosto de 2013
Taller 2: Autoestima y autoimagen	13 de setiembre de 2013
Taller sobre proyección personal con una asesora de imagen	
Cuarta sesión de psicoterapia: Caso específico de una participante para la realimentación grupal	20 de setiembre de 2013
Taller 3: Herramientas y hábitos más saludables	11 de octubre de 2013
Modificación de recetas	
Lectura de etiquetas y visita al supermercado	
Quinta sesión de psicoterapia: El perdón. Se les realizó un reto	18 de octubre de 2013
Convivio de cierre: ¿Rompí mis límites?	22 de noviembre de 2013
Comunicación y reforzamiento de conceptos en el grupo de facebook	Durante todo el período

Modificado de: (Camacho et al, 2014)

Cronograma de actividades de la etapa 2 del Proyecto O desde febrero hasta noviembre de 2014.

Actividades	Fecha
Sesión 1:	19 de febrero
Motivación y encuadre	
Identificación de obstáculos: ¿Es deber o es placer?	
Revisiones de planes de alimentación, registro de consumo, planificación de menú	
Fisiología y metabolismo del ejercicio.	
Sesión para conocer a los entrenadores físicos:	26 febrero
Se indica los objetivos del entrenamiento personal, se distribuyen y reúnen los entrenadores con sus respectivos participantes. Las coordinadoras del proyecto O indican a los entrenadores el proceso de los participantes.	
Sesión de Fossiland:	27 de junio
Se hace una bienvenida y se realiza el reto planteado sobre el recorrido “River Adventure & Tirolezas (canopy) + Tobogán Pirata”.	
Después del almuerzo se hace una discusión sobre qué significó esta actividad.	
Sesión de cierre:	14 de noviembre
Se vuelven a pasar los instrumentos de evaluación	
Se proyecta un video motivacional	
Discusión y recomendaciones de los participantes para el proyecto	
Sesiones de actividad física	Entrenamientos de 1 hora 20 minutos tres veces por semana de marzo a junio y de agosto a noviembre
Sesiones de psicoterapia	Sesiones mensuales de marzo a junio y de agosto

Actividades	Fecha
Revisión del plan de alimentación	a noviembre Mínimo 3 veces en el año, en los meses de marzo, julio-agosto y noviembre
Control médico individual	De 2 a 3 valoraciones en el año
Seguimiento grupo cerrado del Facebook:	Durante todo el período
Comunicación de actividades y algunos mensajes	

Modificado de: (Garita et al, 2015)

**Anexo 3. Guía para las entrevistas grupales 01 y 02 con los profesionales implicados en el proyecto O.**



Universidad de Costa Rica

Oficina de Bienestar y Salud

Proyecto O

Grupo de discusión con profesionales: (Los implicados conocen a la investigadora)

Buenas tardes.

Como parte de mi trabajo final de graduación estamos evaluando el proyecto O. El fin de este grupo de discusión es conocer su punto de vista profesional del proceso; desde la planificación, el desarrollo y los resultados obtenidos. Queremos explorar sus inquietudes como grupo de trabajo, lo que ustedes esperaban de cada etapa y sus percepciones; así como su influencia en los pacientes. Pretendemos un énfasis en los aspectos que podrían mejorarse y que deberían mantenerse en cada etapa. Se espera que puedan analizar sus propias actitudes hacia el proyecto y como estas pudieran afectar el proceso. Pueden hablar tanto de su área, así como elaborar críticas constructivas y observaciones del área de otros compañeros.

Su opinión es muy valiosa para el estudio, se pueden expresar con completa libertad, pues todo lo que se hable aquí es confidencial. Esta información será un insumo para las entrevistas a profundidad que se llevarán a cabo en la siguiente fase y como retroalimentación para el establecimiento de un protocolo de atención integral a la persona con obesidad. Duraremos aproximadamente 1h 30min para abordar los temas establecidos. Las preguntas que pudieran surgir las responderé al final.

**Temas:** Para cada etapa:

Generalidades del proceso.

Aspectos que pudieron mejorarse.

Aspectos que quisieran rescatar como apropiados.

Planificación: reclutamiento, evaluación inicial.

Etapas 1 del proyecto.

Etapas 2 del proyecto.

**Anexo 4. Guía para las entrevistas grupales 03 y 04 con los profesionales implicados en el proyecto O.**



Universidad de Costa Rica

Oficina de Bienestar y Salud

Proyecto O

Grupo de discusión con profesionales: (Los implicados conocen a la investigadora)

Buenas tardes.

Como parte de mi trabajo final de graduación estamos evaluando el proyecto O. El fin de este grupo de discusión es conocer su punto de vista profesional respecto a las barreras y los facilitadores destacados tanto por ustedes, como por los participantes del proyecto. Igualmente se desea discutir las recomendaciones expresadas por los pacientes del proyecto y las planteadas de acuerdo a la perspectiva de la investigación tomando como base la teoría que existe de intervenciones multidisciplinarias para la obesidad.

Con esto se pretende realimentar su trabajo para que puedan aplicar algunas cosas en la intervención que inicia pronto. Igualmente, se espera que las recomendaciones que se plantean en el informe de esta investigación sean adecuadas al proyecto, a los recursos de la OBS y compatibles con la carga laboral de sus puestos.

Su opinión es muy valiosa para el estudio, se pueden expresar con completa libertad, pues todo lo que se hable aquí es confidencial. Esta información será un insumo para plantear las recomendaciones que mejor se ajusten al protocolo de atención integral a la persona con obesidad. Duraremos aproximadamente 1h 30min para abordar los temas establecidos. Las preguntas que pudieran surgir las responderé al final.

Temas:

Barreras identificadas por los participantes y por los profesionales.

Facilitadores identificados por los participantes y por los profesionales.

Recomendaciones de los participantes

Recomendaciones de acuerdo a la teoría del manejo integral de la obesidad.



**Anexo 5. Formulario para la recolección de información sociodemográfica de los  
pacientes del proyecto O.**



Universidad de Costa Rica  
Oficina de Bienestar y Salud

Proyecto O

Datos personales

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Provincia

Cantón

Distrito

Profesión: \_\_\_\_\_

Máximo grado de escolaridad que posee:

**Anexo 6. Carta de presentación para informar a los pacientes del proyecto O antes de realizar las entrevistas a profundidad.**



Universidad de Costa Rica  
Oficina de Bienestar y Salud  
Proyecto O

Carta de presentación para el proyecto final de graduación “Recomendaciones para una propuesta metodológica para promover la adherencia a las prácticas necesarias en el desarrollo de los hábitos saludables en personas con obesidad, para el proyecto O, de la Oficina de Bienestar y Salud.”

Mi nombre es Lorena Corrales, soy nutricionista y tuve algunas participaciones en la primera etapa de este proyecto O de la Oficina de Bienestar y Salud de la UCR. Esta entrevista será un insumo para mi trabajo final de graduación que se titula “Recomendaciones para una propuesta metodológica con el fin de promover la adherencia a las prácticas necesarias en el desarrollo de los hábitos saludables en personas con obesidad, para el proyecto O, de la Oficina de Bienestar y Salud.”

El estudio se realiza para proponer recomendaciones al proyecto O, de la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica, que promuevan la modificación y adherencia de prácticas saludables en los pacientes con obesidad.

El fin de esta entrevista es conocer su punto de vista como participante del proyecto. Se espera tocar temas del desarrollo y de los resultados obtenidos; explorar sus inquietudes, lo que usted esperaba de cada etapa y sus percepciones. Así como los aspectos percibidos por usted como barreras y facilitadores en la adherencia a las prácticas saludables. Pretendemos hacer énfasis en los componentes cada etapa que podrían mejorarse y que deberían mantenerse.

Su opinión es muy valiosa para el estudio, se puede expresar con completa libertad, pues todo lo que se hable aquí es confidencial y al momento de presentar información las impresiones se mantendrán anónimas. Las grabaciones y los instrumentos únicamente serán manipulados por mí.

Esta información será un insumo para establecer un protocolo que enriquecerá la nueva implementación del proyecto O. Duraremos entre 1 hora y 1 hora 30 minutos para abordar los temas establecidos. Las preguntas que pudieran surgir las responderé al final.

**Anexo 7. Guía para las entrevistas a profundidad con los pacientes del proyecto O.**



Universidad de Costa Rica  
 Oficina de Bienestar y Salud  
 Proyecto O

Lista de temas para guiar las entrevistas a profundidad con participantes:

Asistencia a sesiones  
 Continuidad en el proceso  
 Motivantes y/o barreras para la asistencia a sesiones

Proyecto O

Primer contacto del proyecto O con usted

Inicio del proyecto O

Motivaciones para entrar y seguir

Cambios logrados a partir de la intervención

Cambio particularmente importante --- ¿Qué facilitaba los cambios? ¿Qué dificultaba los cambios?

Momento en que empezó a cambiar realmente su estilo de vida

Alguna(s) situación (es) de las sesiones que fuera(n) determinante(s)

Apoyo de familia y amigos-- ¿Sentía apoyo durante el proceso? ¿De quién?

Cambios logrados durante la primera etapa del proyecto ¿Existieron? ¿Cuáles?  
 ¿Barreras y facilitadores de ese momento?

Opinión del éxito del programa

Mantenimiento de los cambios. ¿Ha logrado mantener las prácticas saludables adquiridas? ¿Cómo?

Algún tema que usted considera que hubiera sido conveniente profundizar más

Recomendaciones al proyecto O ¿Qué podría mantener o agregar el proyecto para promover la adherencia a esas prácticas?

**Anexo 8. Propuesta metodológica para el Proyecto O de la Oficina de Bienestar y Salud  
de la Universidad de Costa Rica.**

## I. INTRODUCCIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud, desde 1980 hasta el 2012, las cifras mundiales de obesidad se duplicaron. En el 2008, aproximadamente 500 millones de personas padecían obesidad (60% mujeres y 40% hombres). El Ministerio de salud (2011), asegura que dicha condición está ligada a enfermedades crónicas no transmisibles, como patologías cardiovasculares, diabetes, cáncer y otras. Las consecuencias asociadas al sobrepeso y la obesidad son el quinto factor de riesgo de mortalidad en el mundo (OMS, 2012).

Nuestro país no escapa de esta realidad, en la última Encuesta Nacional de Nutrición que realizó el Ministerio de salud costarricense, se documenta que un 60% de los hombres y las mujeres con edades de 20 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad (Ministerio de Salud, 2011). Es pertinente que entidades como la Universidad de Costa Rica promueva hábitos saludables en la población y ejecuten acciones para tratar de disminuir la prevalencia de la obesidad.

La prevención siempre debe ser la primera línea de respuesta, sin embargo, debido a la alta prevalencia es primordial que las iniciativas de tratamiento sean efectivas y tengan el mayor alcance posible. Se ha visto que las intervenciones multidisciplinarias son más efectivas, pues la obesidad es una enfermedad de compleja etiología y origen multifactorial, que requiere una comprensión integral del individuo (Wadden, et al, 2007).

Con la terapia grupal se puede captar una mayor población utilizando menos recursos y facilitando la generación de redes de apoyo en el grupo. Permite que los participantes se sientan acompañados en su proceso y hagan un análisis más amplio de la condición, pues se encuentran con individuos que comparten aspectos de su realidad, pero también ven otras perspectivas de la enfermedad (Palma, 2013).

La Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica ha generado una iniciativa que pretende fomentar hábitos saludables en personas obesas, según el planteamiento de los facilitadores en la justificación del proyecto,



*“Con la ejecución de este programa, la OBS puede proyectarse como una oficina que responde a las necesidades de su población y a las necesidades de su entorno, además puede lograr reconocimiento al desarrollar metodologías diferentes e innovadoras de forma interdisciplinaria. A mediano y largo plazo se pueden disminuir las consultas de pacientes (que participen el proyecto) por patologías relacionadas con la obesidad” (Camacho et al, 2014).*

El Proyecto O fomenta hábitos saludables, aplicando metodologías constructivistas y participativas desde cuatro ejes principales: medicina, actividad física, nutrición y psicología. Se realizó un análisis de lo ocurrido con el primer grupo de participantes del Proyecto O, que estuvieron en la intervención desde marzo del 2013, hasta noviembre del 2014. Se ejecutaron entrevistas a profundidad con los participantes y entrevistas grupales con los profesionales. Se recopiló información pertinente al proceso y esta fue analizada de acuerdo con la teoría, para definir barreras y facilitadores en la ejecución de un proyecto de este tipo y en la adquisición de hábitos saludables en los participantes. En este apartado se sintetiza la información relevante para generar una propuesta de aspectos metodológicos que se cree, al aplicarlos, podrían potenciar y mejorar el Proyecto O de la OBS. El análisis se basa en aplicar alternativas para contrarrestar las barreras percibidas tanto por los profesionales, como por los participantes del programa. También se contemplan los facilitadores y la manera en que estos se podrían potenciar para disminuir el efecto de los aspectos negativos.

Tres generaciones han pasado ahora por el Proyecto O. Es importante destacar que, por el largo periodo que tomó realizar esta investigación, mientras se llevaba a cabo el proceso investigativo, se ha retroalimentado a los facilitadores con recomendaciones para el programa. Aquí se concentran recomendaciones simples y otras que podrían implicar investigación extra y que podrían incorporarse como metas a mediano o largo plazo en el planteamiento y desarrollo del Proyecto O. Se desconoce el proceso que se lleva actualmente con el cuarto grupo de participantes, por lo que es probable que algunas de las cosas que se mencionan aquí, ya se apliquen. Queda bajo el juicio de los profesionales que facilitan el proyecto y de las jefaturas de la OBS la incorporación o no de las recomendaciones que aquí se desarrollan.

## II. OBJETIVOS DEL PROYECTO O<sup>1</sup>.

### A. Objetivo general

Fomentar en personas con obesidad los conocimientos, actitudes y prácticas necesarios para el desarrollo de hábitos saludables desde un enfoque integral y constructivista.

### B. Objetivos específicos:

- Identificar los conocimientos necesarios en las temáticas de nutrición, salud mental, actividad física y recreación, metabolismo y fisiología.

Meta: El 100 % de los participantes logren modificar sus conocimientos en las temáticas de nutrición, salud mental, actividad física, metabolismo y fisiología.

- Incentivar actitudes y prácticas que permitan el desarrollo de hábitos saludables.

Meta: Que el 80% de los participantes logren modificar su actitudes y prácticas relacionadas con alimentación, salud mental, actividad física y recreación.

- Modificar la resistencia cardiovascular, la composición corporal (pliegues y bioimpedancia), los niveles de ansiedad y depresión; y los valores bioquímicos mediante la adopción de prácticas saludables.

Meta: que al menos el 80% de los participantes logren:

- Mejorar su resistencia cardiovascular.
- Disminuir en al menos 5% el peso corporal, disminuir los pliegues cutáneos y porcentaje de grasa.
- Disminuir los niveles de depresión y ansiedad
- Modificar los valores bioquímicos

## III. METODOLOGÍA DEL PROYECTO O PARA LA PRIMERA GENERACIÓN<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Tomado de (Camacho et al, 2014).

El Proyecto O está diseñado para estudiantes y funcionarios de la Universidad de Costa Rica que tengan obesidad ( $IMC \geq 30$ ) y cumplan con los criterios de inclusión establecidos por los profesionales. Los criterios de reclutamiento varían cada año, al igual que las herramientas de diagnóstico.

Por medio de un enfoque constructivista e inclusivo, aplicando actividades dinámicas y promoviendo la participación de todos los miembros, se desarrolló un programa grupal para la instauración de hábitos saludables en los participantes. Se aplicaron actividades recreativas que generaron el intercambio de experiencias, mientras aportaban un componente educativo; siempre buscando promover el desarrollo intelectual, psíquico y físico del individuo (Camacho et al, 2014).

La construcción del programa recreativo se dio entre los profesionales de la OBS y los participantes (Camacho et al, 2014). En el Anexo 2 se observa el cronograma seguido durante ambas etapas del proyecto; igualmente, en el Marco Teórico de este informe se destacan otros aspectos relacionados a la ejecución del programa.

### **A. Diagnóstico inicial**

El programa inició con un convivio con 7 estudiantes y 16 funcionarios de la UCR (23 personas), algunos de los cuales fueron reclutados por ser parte de la consulta médica, nutricional o psicológica de la OBS. Esta primera intervención, tuvo como objetivo conocer las necesidades, intereses, disposición y características de la población participante, para incluir sus aportes en el programa general (Camacho et al, 2014).

Seguidamente, se lleva a cabo un diagnóstico que comprende los cuatro pilares del proyecto. Desde la parte de medicina y actividad física se estudió la historia clínica completa de los participantes, se les hizo un examen físico, se tomó la presión arterial, se realizaron pruebas bioquímicas (glicemia, triglicéridos, colesterol total, colesterol LDL y colesterol HDL), una

---

<sup>2</sup> Modificado de (Camacho et al, 2014).

prueba electrocardiográfica, medición del metabolismo basal, medición del consumo máximo de oxígeno y densitometría ósea. Para el eje nutricional se realizó una anamnesis inicial, la toma de medidas antropométricas y una autoevaluación de los hábitos de alimentación (Camacho et al, 2014).

A nivel psicológico se inició con un diagnóstico emocional de la ansiedad, la depresión e indagación de algunos aspectos de la personalidad. Para ello se utilizaron escalas como la Escala Hamilton para Ansiedad, la Escala Hamilton para Depresión, el Test de Oraciones Incompletas (SSCT) y el Inventario de estilos y estrategias de afrontamiento (Camacho et al, 2014).

Posterior al diagnóstico, se realizó una devolución individualizada de los resultados de la valoración médica y física. Se explicó los resultados del diagnóstico nutricional y se expuso el perfil psicológico del grupo. Algunas de estas pruebas que se realizaron al inicio del programa, se repitieron a los tres meses y a los seis meses para ver el comportamiento y evolución de cada participante (Camacho et al, 2014).

## **B. Ejecución de la primera etapa del programa.**

### **1. Medicina**

Se brinda un acompañamiento médico en consultas individuales y se imparten talleres educativos en temas como metabolismo y otros pertinentes.

### **2. Actividad física**

Durante las primeras sesiones se capacita a los participantes en ejercicios de estiramientos básicos, calentamiento y relajación general, yoga, bandas, caminata, marcha, ejercicios de equilibrio, isométricos e isocinéticos. Igualmente, se insta a que cada persona realice por su cuenta la actividad física y recreativa que le parezca más atractiva (Camacho et al, 2014).

### **3. Nutrición**

Durante las sesiones profundizó en los siguientes temas: la definición de metas, registro de consumo de alimentos y las listas de intercambio. Se entregó un plan de alimentación (que podía ser modificado de acuerdo a las necesidades de los participantes durante el proceso), junto con recomendaciones nutricionales individualizadas. En varias ocasiones se insistió en la importancia de realizar el registro de consumo de alimentos (Camacho et al, 2014).

Igualmente se contemplaron temas como lectura de etiquetas y modificación de recetas. Durante el proceso se hizo una revisión del cumplimiento de metas y apego al tratamiento nutricional (Camacho et al, 2014).

### **4. Psicología**

Se realizaron sesiones grupales una vez al mes para trabajar, desde la perspectiva de grupo operativo, el impacto emocional del proceso. Con la técnica de grupo operativo se integran aspectos intelectuales y vivenciales en el proceso colectivo. Esta metodología permite que los participantes visualicen los obstáculos (propios y de los compañeros) que surgen espontáneamente y aprendan de las experiencias de todos. Así, se potencia la riqueza del trabajo individual y grupal en el mirar, mirarse y ser mirados, facilita de reestructuración y la comprensión de síntomas como emergentes emocionales (Camacho et al, 2014).

Igualmente, las personas tuvieron acceso a sesiones de terapia individual que fueron incorporadas a la agenda de consulta regular en el consultorio de la OBS (Camacho et al, 2014).

### **C. Ejecución de la segunda etapa del programa.**

En esta etapa se continuó con el control médico y nutricional, además se impartieron sesiones mensuales de psicoterapia. El componente que se trabajó con más fuerza fue el de

actividad física, pues los participantes tuvieron acceso a los servicios de un entrenador personal que los acompañaba en 3 sesiones semanales de actividad física de 1 hora 20 minutos de duración. Al final se volvieron a tomar los parámetros iniciales para comparar los resultados.

#### **IV. PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EL PROYECTO O DE LA OFICINA DE BIENESTAR Y SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.**

Como se mencionó en la metodología de este Proyecto Final de Graduación, durante las entrevistas grupales 03 y 04 se dio una realimentación a los profesionales, para que pudieran aplicar algunas de las recomendaciones con el tercer grupo que se intervino. En la siguiente tabla se detallan las recomendaciones que se discutieron en ese momento y la respuesta de los profesionales cuando se les mencionaron en las entrevistas grupales.

Tabla 1. Recomendaciones y aspectos que se discutieron con los profesionales durante GF03 y GF04 para mejorar el proyecto O.

<b>Aspectos mencionados por la investigadora</b>	<b>Respuesta de los facilitadores del Proyecto O.</b>
Brindarles un cronograma e información clara al principio.	Se resolvió para el segundo grupo.
Mantener un encuadre más claro.	Se resolvió para el segundo grupo.
Incluir actividad física desde el inicio.	Se resolvió para el segundo grupo.
Optimizar el diagnóstico inicial para conocer mejor a los participantes.	Con cada intervención se va perfeccionando el instrumento de diagnóstico.
Incluir, en la intervención, el tema de una adecuada administración del tiempo y priorización del autocuidado.	Habría que evaluar en el diagnóstico si es una necesidad del grupo. Consideran que con el segundo grupo se profundizó el tema de la importancia de establecer prioridades.
Brindar herramientas de comunicación asertiva con la familia.	Habría que evaluar en el diagnóstico si es una necesidad del grupo.
Reforzar al inicio la importancia de la	Se mejoró con el segundo grupo.

<b>Aspectos mencionados por la investigadora</b>	<b>Respuesta de los facilitadores del Proyecto O.</b>
psicoterapia y la confianza en el grupo.	
Generar una estrategia para darle seguimiento a las personas.	Consideran que es muy importante. Se podría hacer una actividad anual e invitar a todos los participantes del proyecto.
Evaluar la etapa de cambio en que se encuentran los participantes.	Desarrollar un instrumento escrito con algunas preguntas para que las personas contesten.
Invitar a las personas que se encuentran en etapas de cambio previas a la acción a que se acerquen a la OBS para que inicien su proceso y eventualmente puedan moverse de la etapa de cambio en la que se encuentran.	Consideran la posibilidad de incluir únicamente personas que se encuentran en la etapa de acción.  La OBS no tiene la capacidad de atender a todas las personas que podrían verse beneficiadas de un trabajo complementario entre psicología y nutrición.
Hacer una base de datos con las personas que no ingresan al proyecto para invitarlas a las actividades que organiza el área de Promoción de la Salud de la Oficina de Bienestar y Salud.	Es complicado porque las charlas se trabajan principalmente con poblaciones específicas, no suelen ser en espacios abiertos.
Aumentar la frecuencia de la toma de las medidas antropométricas.	Referir al PREANU a las personas que no ingresan al Proyecto.
Incluir técnicas de Mindfulness en el programa.	Lo mejoraron con el segundo grupo.  Se quiere contactar a una experta para que participe y capacite en el tema.

Elaboración propia

A continuación, se puntualizan aspectos derivados de esta investigación, que se considera que podrían fortalecer los objetivos del Proyecto O y mejorar el trabajo con los participantes.

### **A. Planificación**

- Es importante tomar en cuenta los recursos y la disponibilidad real del tiempo laboral con que cuentan los facilitadores para desarrollar el proyecto y priorizar desde ahí la toma de decisiones en el aspecto terapéutico y en el componente investigativo.
  - Es necesario que los profesionales cuenten con tiempo dentro de su horario laboral para procesar datos, documentar el proceso y planificar sesiones. Para esto, se recomienda que la Oficina de Bienestar y Salud siga apoyando con recursos, pero también que se contemple en las horas laborales de los profesionales, el tiempo que requiere el proyecto O, balanceándolo así con la carga laboral de las otras funciones que ellos cumplen en la oficina.
  - Sería conveniente que la OBS busque alternativas para que estos profesionales tengan apoyo con todas sus responsabilidades. Aquí se plantean varias posibilidades para lograr ese apoyo: la contratación de más profesionales en la OBS, generar alianzas con Escuelas de la UCR para que estudiantes realicen sus prácticas profesionales en la OBS; igualmente, contar con estudiantes que estén realizando su Trabajo Comunal Universitario o también podría considerarse la aprobación de horas asistente o estudiante para apoyar al personal de la oficina.
- A pesar de que esto se mejoró con el segundo grupo, no se puede olvidar la importancia de estructurar el cronograma y la metodología de las sesiones por medio del encuadre y mantenerlo estable durante toda la ejecución. Como se explicó anteriormente, esto vital para evaluar el éxito del programa y disminuir las ansiedades de los participantes.
  - Es importante detallar al máximo la planificación, para disminuir la posibilidad de imprevistos y que sea más sencillo mantener el encuadre.
  - Incluir de manera oportuna, acciones en todos los ejes del programa (medicina, psicología, nutrición y actividad física), pues se vio que dejar rezagado el componente práctico de la actividad física generó un atraso en la pérdida de peso de los participantes.



- Contemplar las herramientas que se utilizarán para documentar la asistencia de los participantes.
- Tomar en cuenta los instrumentos para monitorear la modificación de hábitos en los participantes. Además, debe considerarse la frecuencia con que se llevarán a cabo las mediciones pertinentes.
  - Pesar a los participantes cada sesión o una vez al mes puede ser conveniente, pues, aunque la línea del programa no es la pérdida de peso, si no la modificación de hábitos; este es un indicador inmediato y objetivo de los cambios que se realizan. Además, Carrad y Kruseman (2016), han visto que el pesaje frecuente permite que las personas mantengan el peso que han perdido, pues ayuda a mejorar la motivación o permite identificar pequeños aumentos de peso y la aplicación oportuna de medidas correctivas.
- Es primordial también, definir las estrategias y los instrumentos que se brindará a los participantes para el automonitoreo.
  - Claramente, mantener la actividad física y una alimentación balanceada son las acciones puntuales que promueven la pérdida de peso y el mantenimiento del peso perdido (Wadden et al., 2007). Por eso, es importante registrar las prácticas de actividad física y de alimentación de los participantes, pues se obtiene así, un producto tangible del comportamiento usual.
  - Tanto los profesionales como algunos de los participantes identificaron la importancia del registro de la alimentación. En el Anexo10 se incluye un instrumento para el automonitoreo de la alimentación, se recomienda a los profesionales que evalúen su aplicación, pues permite concientizar aspectos relacionados a las emociones y al ambiente que genera el participante en torno a la alimentación.
- Organizar y definir los canales de comunicación que habrá entre todas las personas implicadas en el proyecto, pues promueve el flujo eficiente de la

información. Esto facilita el proceso y consolida la organización del programa pues al estabilizar el encuadre, se brinda seguridad a los participantes.

- Convendría entonces, definir entre los profesionales organizadores, quiénes son los responsables de comunicarse con colaboradores específicos y procurar también establecer la periodicidad con que se reunirán o comunicarán con otros facilitadores.
- Es importante también aclarar los medios por los que se desarrollará el flujo de información entre los facilitadores y los participantes.

## **B. Reclutamiento**

Únicamente los profesionales que están inmersos en el proyecto tienen una noción real del estado actual del programa y los alcances de la OBS. Por esto, se considera que, a pesar de la información que está en este documento respecto al Proyecto O, no se cuenta con insumos suficientes para hacer recomendaciones totalmente adecuadas al método actual de reclutamiento. Sin embargo, se ejemplifican a continuación algunas acciones que podrían facilitar y ampliar la convocatoria de posibles participantes.

- Aumentar la exposición del programa, pues la mayoría de la población universitaria desconoce el Proyecto O. Si más personas conocen del proyecto, aumentaría la cantidad de aplicantes para cada año. Igualmente, es importante visibilizar los esfuerzos de la OBS en investigación e intervenciones de salud.
- Los profesionales aseguran que cada vez son más estrictos con los criterios de inclusión, pues actualmente aplican muchísimas personas y no tienen la capacidad de atenderlos a todos. Es comprensible que se tomen decisiones de esa manera, sin embargo, en vez de aumentar la rigurosidad de los requisitos y excluir a más personas, valdría la pena, buscar mecanismos para ampliar el programa y que cada vez más personas puedan gozar de los beneficios del Proyecto O.

- En esta investigación se vio que las personas que reportaban una actitud positiva hacia el cambio antes de iniciar el proyecto tuvieron éxito durante la intervención. Por esto, es importante considerar la etapa de cambio de los participantes y plantear desde ahí las iniciativas que los lleven hacia la acción, el mantenimiento y la asimilación de las recaídas. Como se ve en la Tabla 1, actualmente se da prioridad de ingreso al programa a las personas que se encuentran en etapa de acción.
  - Es necesario facilitar otras opciones para las personas que aplican al Proyecto O y no se encuentran aún en etapa de acción, pues es una población que también necesita ayuda y está interesada en lograr un cambio. Más adelante se profundiza en una propuesta que busca ser un primer paso para que algunas personas logren cambios sin ingresar precisamente al Proyecto O.
- Realizar una campaña de sensibilización con los jefes de las oficinas universitarias para que cedan permisos a sus colaboradores, hacerles entender que un mejor estado de salud promueve un adecuado desempeño laboral. De esta manera se procuraría que el permiso de los jefes no sea un impedimento para que posibles participantes asistan a las sesiones.
- A pesar de que algunos investigadores, como Palmo (2013), sugieren reclutar grupos homogéneos; de acuerdo a la experiencia con el Proyecto O y la naturaleza de la UCR, se considera valioso mantener la heterogeneidad de la población, pues tanto los participantes como los facilitadores han encontrado en la diversidad, el enriquecimiento de los puntos de vista y han logrado conocer distintas perspectivas en las sesiones de psicoterapia grupal.
  - Sin embargo, los profesionales han identificado que, a diferencia de los funcionarios, los estudiantes tienen menor adherencia a las prácticas saludables y una mayor tasa de deserción del programa. Sería conveniente realizar un estudio que profundice en esta condición y permita identificar los factores que afectan a este grupo, para así

contemplar otras modificaciones metodológicas o si sería necesario desarrollar un programa aparte para esta población.

### C. Diagnóstico inicial

Varios de los participantes y los mismos profesionales identificaron que el diagnóstico inicial fue insuficiente. Actualmente, los encargados del proyecto modifican las herramientas de diagnóstico con cada grupo que ejecutan, por lo que se desconoce el estado actual de estos instrumentos. Se recomienda continuar esa práctica, contemplando algunas recomendaciones teóricas y los aspectos que ellos mismos consideran valiosos.

- ADA sugiere que en el diagnóstico se debe incluir una valoración física, bioquímica, antropométrica, cardiorespiratoria y musculoesquelética (ADA, 2009). De acuerdo a Camacho et al (2014), el diagnóstico médico y físico es apropiado pues incluyó una historia clínica y un examen físico completo, toma de presión arterial, pruebas bioquímicas, prueba electrocardiográfica, mediciones antropométricas, medición del metabolismo basal, medición del consumo máximo de oxígeno y densitometría ósea.
- Algunos de los participantes afirmaron que mejorar la capacidad de movimiento fue uno de los beneficios que pudieron percibir a un corto plazo. Sería conveniente evaluar esas capacidades y evidenciar las mejoras que experimentan los pacientes, utilizando esto como una herramienta para la motivación.
- En la parte nutricional Camacho et al (2014) no son muy claros en los aspectos que se incluyeron, pues se refiere a una anamnesis inicial basada en la antropometría y una autoevaluación de los hábitos de alimentación.
  - ADA recomienda contemplar el historial de peso e historial dietético, la cantidad, los tipos de dietas y los hábitos alimentarios que, con anterioridad, ha seguido el paciente. También promueve el uso de herramientas para cuantificar la ingesta, como el recordatorio de 24 horas y la frecuencia de consumo (ADA, 2009).

- A nivel psicológico el programa inicia con un diagnóstico emocional en áreas específicas: ansiedad, depresión, y algunos aspectos de personalidad. Para ello se utilizaron escalas como la Escala Hamilton para Ansiedad, la Escala Hamilton para Depresión, el Test de Oraciones Incompletas (SSCT) y el Inventario de estilos y estrategias de afrontamiento (Camacho et al, 2014).
  - ADA (2009) recomienda que en el análisis psicológico se identifiquen barreras, conocer la preparación para el cambio y diseñar a partir de ahí un tratamiento adecuado.
  - Tener conocimiento de la personalidad de los pacientes puede ser útil al momento de planificar la intervención, pues es posible identificar aspectos críticos vinculados a la adherencia a los hábitos saludables y abordarlos de manera personalizada según las necesidades de los participantes (Panfilis et al, 2008).
  - En el diagnóstico psicológico también se debe contemplar la relación que tengan las personas con su familia para ver si es necesario brindar estrategias de comunicación asertiva y empoderamiento para solicitar el apoyo de los familiares.
  - Igualmente, vale la pena analizar la percepción que tengan los participantes del tiempo disponible para actividades de recreación y autocuidado, así como la manera en que priorizan la utilización de su tiempo libre.
- Algo que vale la pena destacar y mantener en el proyecto es la constante devolución de resultados a los participantes, pues esto permite que ellos vean su situación actual y rastreen su proceso. Es importante que ellos conozcan los parámetros iniciales para que puedan ir evaluando cambios y notando las mejoras.

#### **D. Ejecución del programa**

- Como se dijo en el apartado de planificación, es fundamental mantener el encuadre durante la ejecución.
- ADA sugiere que el proceso psicológico preceda al dietético (ADA, 2009). Pues por medio de la psicología se puede identificar barreras y fortalezas de las personas, para establecer metas a partir de ahí y trazar el plan para cada uno de los participantes.
- A pesar de que actualmente se contemplan las etapas de cambio en el reclutamiento, sería importante evaluar durante el proceso si las personas realmente se encuentran en la etapa de cambio que creen.
- Es importante preparar a los participantes para que no generen dependencia al proyecto y puedan cerrar el proceso cuando se finalice el programa. Para esto se debe trabajar todo el tiempo el empoderamiento; más adelante se profundiza en este aspecto.

### **1. Medicina.**

- Mantener los controles médicos regulares, así como las sesiones educativas respecto al metabolismo y otros temas que el profesional en medicina considere pertinentes.
- Mauro et al (2008), enfatiza la importancia de mantener un control médico y tratar las comorbilidades que podrían afectar la pérdida de peso y el mantenimiento del peso perdido
- Las lesiones podrían ocurrir cuando las personas empiezan a realizar actividad física con mayor frecuencia. Por esto, sería conveniente buscar una alianza con la Escuela de Terapia Física, para que, en caso de que una lesión lo amerite, puedan tratar a los participantes y se reduzca el tiempo de reposo.

### **2. Actividad física.**

- Incluir el componente práctico de la actividad física desde el inicio del tratamiento

- Esta actividad física debe ser adecuada a las capacidades de cada paciente, supervisada por un médico y prescrita por un profesional en ciencias del deporte (ADA, 2009).
- Se recomienda mantener las sesiones con entrenadores personales.
- Promover la participación de los pacientes y de los profesionales facilitadores en la carrera universitaria.
- Tener invitados a las sesiones que realicen clases cortas de distintas actividades físicas, para que los participantes puedan probar distintas posibilidades para moverse.
- Incluir mecanismos para el automonitoreo y registro de la actividad física.
- Informar a los participantes respecto a otras iniciativas de promoción de la actividad física que desarrolla la Universidad para su población.

### **3. Nutrición.**

- Mantener temáticas como mejoramiento de recetas y lectura de etiquetas, pues los conocimientos y destrezas en la alimentación que tuvieron los pacientes fueron identificados como una fortaleza.
- Informar de manera clara y oportuna que los participantes que deseen también pueden asistir a sesiones individuales de nutrición en la OBS.
- Mantener el plan de alimentación individualizado.
- Aplicar la herramienta para el automonitoreo de la alimentación del Anexo 9 o alguna otra herramienta que la nutricionista de la OBS considere conveniente.
- De acuerdo al cronograma del Anexo 2, se considera que hubiera sido conveniente enseñar más pronto varios temas claves para el manejo de la alimentación, como la modificación de recetas, lectura de etiquetas y otros que no se especifican, como los tipos de alimentos y tamaños de porciones.
- Según la directora de la Escuela de Nutrición, Emilse Ulate, Comunicación personal 16 de junio de 2017, incluso antes de entregar el plan de alimentación, sería conveniente educar a las personas respecto a los tipos de alimentos, la

medición de porciones y la distribución de los alimentos durante el día, para que, al momento de recibir el plan de alimentación, tengan una idea más clara de las cantidades de alimentos que contiene su menú por tiempo de comida.

- Vale la pena incluir herramientas de empoderamiento para el cambio también en la consulta nutricional, como por ejemplo la entrevista motivacional, u otras que la profesional en nutrición considere pertinentes. La entrevista motivacional se enfoca en la autoeficacia, por lo que el participante identifica sus barreras, motivaciones y plantea las acciones para el cambio (Ritter et al, 2016).

#### **4. Psicología**

- Desde el principio, definir las reglas de las sesiones de psicoterapia y del manejo del grupo.
- Informar de manera clara y oportuna que los participantes que deseen también pueden asistir a terapias individuales de psicología en la OBS.
- Promover por medio de la psicoterapia, que los pacientes busquen la formación de redes de apoyo, ya sea dentro del mismo grupo, con los familiares o con amigos de los participantes. Según Palma (2013), la terapia grupal puede ser más efectiva para la pérdida inicial de peso, pues se crea un soporte social dentro del mismo grupo.
- La unión y la confianza en el grupo, fortalece la relación entre los participantes, genera un sentimiento de pertenencia que podría disminuir la resistencia y mejorar la apertura de los pacientes durante las sesiones de psicoterapia.
- Utilizar las herramientas psicológicas para promover el empoderamiento y disminuir la incidencia que tengan barreras como la dependencia al proyecto. Para disminuir la dependencia al proyecto, juega un rol primordial mantener un encuadre estable, construyendo un proceso centrado en los participantes en el que ellos mismos descubran y propongan las acciones más convenientes para su proceso de cambio.



- Ayudar a que las personas puedan establecer prioridades y reconocer que en medio de todas sus actividades siempre es posible hallar tiempo para asumir el autocuidado.
- La alimentación está directamente ligada a las emociones, la autoestima y otros factores psicológicos, lo que hace que este componente trasverse los otros componentes del Proyecto O.
  - La adherencia a los hábitos saludables se puede promover por medio de la psicoterapia, pues se refuerza la actitud y la percepción positiva de la capacidad propia que tengan los participantes para el cambio.
  - La adherencia se puede promover identificando las barreras y generando soluciones. Según Dones (2016), el modelo de motivantes y barreras, propone que los individuos son capaces de apegarse a hábitos saludables mientras perciban más motivantes que barreras.
  - Podría ser útil aplicar terapias alternativas para promover la adherencia. En este documento se ejemplificó varias terapias que han sido estudiadas, como la terapia cognitivo conductual, terapia para la prevención de recaídas y la terapia de resolución de problemas (Murawski et al, 2009). También están las terapias basadas en la aceptación, como las terapias cognitivas basadas en mindfulness, terapia dialéctica de comportamiento y la terapia de aceptación y compromiso (Forman y Butryn, 2015).
  - Se recomienda que los facilitadores profundicen la investigación en este tipo de terapias, pues se ha comprobado la efectividad en el manejo de las emociones y el control de la alimentación. Podrían ser una herramienta valiosa para trabajar el autocuidado y la autorregulación con los participantes. Murawski et al (2009), vieron que es posible aplicar este tipo de terapias para promover la superación de barreras para el cambio mediante la resolución de problemas, el automonitoreo, la motivación propia, el control del estímulo y las estrategias de reestructuración cognitiva.

- Se ha comprobado la efectividad de técnicas meditativas como el mindfulness (atención plena) en el manejo de las emociones y la automodulación. Se recomienda que los profesionales busquen asesoría, profundicen y adapten alguna técnica de este tipo al Proyecto O, para poder brindar a los participantes mayor información relacionada a técnicas para el manejo del estrés.
- Palmo (2013), dice que en una intervención de este tipo nunca debe faltar el auto-monitoreo, establecer metas, promover soporte social y el reforzamiento con estrategias cognitivas para el control del estímulo por los alimentos.

## **5. Otros aspectos relacionados a la ejecución del programa**

### **a. Escenario de las sesiones.**

Se considera que la Universidad es un espacio idóneo para realizar este tipo de proyectos. Hokea y Franks (2012), aseguran que las personas relacionan el espacio físico con los conocimientos adquiridos durante el programa; de esta manera, les es más fácil apegarse a las modificaciones del estilo de vida cuando están en dicho lugar.

Igualmente, asistir a sesiones en el campus es de fácil acceso para los participantes. Por otro lado, se recomienda llamar a las personas antes de las sesiones para confirmar la asistencia a la siguiente reunión, pues según Piana et al (2013), esta estrategia promueve la continuidad de los participantes.

### **b. Frecuencia y duración.**

Según algunos estudios mantener una frecuencia semanal o quincenal de sesiones es adecuada. Se sugiere alternar los ejes (medicina, nutrición, actividad física y psicología) para que la responsabilidad esté repartida entre los facilitadores. Palma (2013), recomienda que los programas de cambios en el comportamiento incluyan; sesiones semanales de 60-90min, por aproximadamente 6 meses y subsecuente mantenimiento de 6 a 12 meses. Por otro lado, un año de tratamiento también es muy apropiado.

Es importante que en el cronograma se mantenga una frecuencia estable de las sesiones, aspecto que no fue tan claro en esta primera intervención. Sin embargo, como se dijo anteriormente, ahora los profesionales son mucho más estrictos con el encuadre.

### **c. Empatía de los profesionales**

La afinidad que exista entre los profesionales y los participantes promueve la adherencia y el cambio. Es muy importante que los pacientes se sientan cómodos y comprendidos. El equipo que desarrolla el programa es muy sensible ante el tema y tiene un gran carisma para trabajar con los grupos.

Los profesionales identificaron que, en algunas ocasiones, el personal de salud tiene una perspectiva negativa de los pacientes con obesidad. Para mejorar y evitar esto, sería conveniente realizar una campaña de sensibilización al personal de la OBS (y a la comunidad universitaria en general) respecto a la condición de las personas obesas y la complejidad de su patología.

### **d. Programa centrado en la modificación de hábitos.**

Es importante mantener el discurso, al igual que las acciones del programa, centradas en la modificación de hábitos, siempre promoviendo la pérdida de peso como una consecuencia de la adherencia a estas prácticas saludables. Se ha visto que se obtienen beneficios para la salud al mantener hábitos saludables, incluso sin lograr una pérdida de peso. Sin embargo, la disminución del peso corporal nos permitirá obtener mayores cambios en el estado de salud de los pacientes (Lean, 2010).

Por otro lado, no conviene reforzar el ideal estético de los participantes, pues lo más probable es que no logren alcanzar las proporciones que ellos desearían. La meta debe ser llegar a un peso adecuado, enfocando los mensajes al empoderamiento, el autocuidado, la salud, la constancia, la autoestima, la autorregulación y la aceptación.

## **D. Evaluación**

Palmo (2013), dice que al tratar la obesidad las metas principales son reducir la morbilidad, la mortalidad y mejorar la calidad de vida. En obesos tipo I y II se desea una reducción entre un 5-10% del peso corporal, pues con este porcentaje se ha evidenciado una disminución del riesgo cardiovascular y síndrome metabólico, así como una mejora en la resistencia periférica a la insulina y aspectos psicosociales. American Dietetic Association (2009), recomienda un 10% de pérdida de peso corporal para reducir riesgos de salud asociados al exceso de peso.

Se recomienda que los profesionales mantengan las metas y los parámetros que aplican actualmente para evaluar el proceso y cualquier otro que consideren pertinente de acuerdo a su experiencia.

### **E. Seguimiento**

Muchas veces los pacientes pueden estar preparados para la etapa de pérdida de peso, pero no están conscientes de que es necesario modificar el estilo de vida permanentemente (Mauro et al, 2008). Según Forman y Butryn (2015), menos del 20% de la población con sobrepeso u obesidad reporta éxito en la pérdida y el mantenimiento del peso perdido.

Otro reto de los programas de modificación de hábitos es la sostenibilidad en el tiempo de los cambios y el mantenimiento del peso perdido. A pesar de que se procuró buscar en la teoría estrategias de seguimiento que utilizaran otros programas, no fue posible encontrar ejemplos o recomendaciones. Se piensa por esto, que cada programa debe idear una estrategia que se adapte a la población; alguna herramienta para que las personas vuelvan y poder monitorearlos en el tiempo.

Se desconoce, además, si los pacientes finalizan el programa con algunas recomendaciones puntuales de acciones que se haya visto que son recurrentes en personas que han padecido obesidad y logran mantener un peso saludable. En caso de que eso no se realice actualmente, sería conveniente investigar la teoría y brindar otras herramientas que se han estudiado.

Las profesionales sugieren que es posible convocar anualmente a todas las personas que han participado en el Proyecto O, para que asistan a alguna actividad informativa con un experto invitado. Incluso se habló de confirmar asistencia previamente y cobrar una pequeña cuota para cubrir los gastos de la producción. Sería conveniente tener también una estación para la toma de medidas antropométricas en esa actividad.

Un insumo no tan confiable, pero inmediato, podría ser generar una encuesta que se envíe a los participantes por internet en la que se evalúen algunas percepciones y hábitos. También que ellos registren el peso corporal actual.

#### **F. Posibilidad de articular con otras Unidades en una iniciativa para ampliar el alcance del Proyecto O.**

Claramente, las cifras de obesidad siguen aumentando y es pertinente que instituciones como la Universidad ejecuten acciones para aminorar este incremento. El Proyecto O es una iniciativa muy valiosa de la Oficina de Bienestar y Salud, sin embargo, la población que se beneficia de este programa es bastante reducida; sería ideal expandir el alcance del proyecto. Una limitante para ampliar el programa es que los facilitadores tienen una carga laboral muy elevada y es imposible para ellos atender a más personas de las que participan actualmente. Sin embargo, la Universidad de Costa Rica cuenta con una serie de recursos que podrían apoyar el proyecto O.

Como se dijo en el párrafo anterior, al tener un cupo limitado, gran cantidad de personas se quedan fuera del proyecto cada año, pues no cumplen con todos los criterios de inclusión (como por ejemplo estar en una etapa de acción para el cambio, tener la disponibilidad de tiempo para asistir a las sesiones en horario laboral, entre otras). Desde este proyecto final de graduación, se quiere proponer una alternativa paralela al Proyecto O, para estas personas que no logran ingresar, pero que están buscando ayuda porque tienen deseos y cierta apertura al cambio.

La manera ideal de abordar abarcar más población e incluso ejecutar grupos de forma simultánea, sería generar una estrategia para que los encargados de nutrición, medicina, psicología y actividad física de la OBS puedan ser los rectores de un programa que se desarrolle en alianza directa con otras unidades como la escuela de medicina, nutrición, psicología y educación física. Sin embargo, la articulación de un plan de este tipo requeriría una nueva investigación que incluya un estudio de los recursos de cada unidad, las capacidades de articulación entre unidades y de organización institucional para determinar así la factibilidad real.

Como alternativa a esto y un primer paso en la ampliación del Proyecto O, se sugiere un plan de trabajo inter-unidades académicas que serviría como semillero de posibles participantes del programa. Este plan se enfocaría principalmente a personas que aplicaron al Proyecto O y no cumplen con todos los factores de inclusión. Se dirigiría primordialmente a personas que se encuentran en etapa de contemplación o precontemplación para cambio. Es necesario que los facilitadores de la OBS y las unidades académicas correspondientes contemplen y definan las características de inclusión, cantidad de grupos que se abrirían durante el año, cuantas personas se incluirían por grupo y otras condiciones específicas de trabajo que no se detallan en este proyecto, pues no corresponde a los objetivos de la investigación.

El objetivo de esta intervención sería motivar a la acción a estas personas que se encuentran en etapa de contemplación y en etapa de precontemplación. Así, se esperaría que los beneficiados de esta iniciativa pudieran arrancar con algunos cambios y eventualmente unirse al proyecto o motivarse para buscar ayuda de manera independiente. Se plantea para esto, coordinar distintos recursos universitarios que ya buscan colaborar para que las personas mejoren su calidad de vida. A continuación, se caracterizan algunos de estos recursos que existen en la UCR y podrían articularse para iniciar este proceso.

## **1. PREANU**

Del sitio web del PREANU se extrajo la siguiente cita:

“El Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario (PREANU) es un espacio académico por medio del cual la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica propone y ejecuta diversas metodologías educativas y de atención nutricional en temas prioritarios para el país y la región.” (Anónimo, 2016)

El PREANU es un programa que, al igual que el proyecto O, busca mejorar la salud de la población y, entre otras cosas, disminuir la prevalencia de obesidad. Para apoyarse mutuamente, se propone que los programas se refieran pacientes entre sí. Además, la directora del PREANU ofreció apoyo para alivianar la carga laboral de la nutricionista de la OBS, colaborando con las consultas individuales de nutrición que requieran los participantes y cooperando en las labores de seguimiento que se implementen para los participantes del Proyecto O (Adriana Murillo, Comunicación Personal 17 de noviembre del 2016).

Msc. Adriana Murillo, directora del PREANU, explica que como parte de sus proyectos, tienen una intervención de consulta grupal para personas con obesidad (Adriana Murillo, Comunicación Personal 17 de noviembre del 2016).

#### **a. Programa de consulta grupal para personas con obesidad:**

Según Natalia Valverde, nutricionista encargada del programa grupal para personas con obesidad, esta consulta del PREANU se maneja de la siguiente forma:

Tiene una duración aproximada de 2 meses en los que se trabaja con grupos de 12 a 15 personas, con edades entre los 25 y 55 años, ya sea de ambos sexos o de un sexo específico. Los participantes deben contar con exámenes bioquímicos recientes (hemograma completo, perfil lipídico y glicemia en ayunas). (Natalia Valverde, Comunicación personal 6 de febrero de 2017).

Con el fin de conocer la situación nutricional de cada participante se realiza una valoración antropométrica que incluye peso, índice de masa corporal y composición corporal. También una valoración dietética incluye hábitos de alimentarios y estimación del consumo actual de alimentos. Esta valoración se realiza en una cita individual que



generalmente se programa la semana antes de que inicie el grupo (Natalia Valverde, Comunicación personal 6 de febrero de 2017).

La intervención se centra en un trabajo educativo grupal para motivar al cambio de los hábitos alimentarios. En las sesiones se desarrollan temas variados que se adecúan a las condiciones de cada grupo, para desencadenar la modificación de la rutina diaria de alimentación. Entre los temas que se abordan están: el contenido de grasa y colesterol de alimentos, lectura de etiquetas de productos alimenticios procesados, modificación de recetas, tamaños de porciones, control de la ansiedad, entre otros. Dos de las sesiones son prácticas y se desarrollan en el Laboratorio de Alimentos de la Escuela. Las personas reciben material educativo cuyo uso apoya y facilita las acciones para mejorar el estado nutricional de los participantes (Natalia Valverde, Comunicación personal 6 de febrero de 2017).

Igualmente, al prescribir un plan de alimentación a cada persona, se abordan los problemas nutricionales específicos. Esto se refuerza con técnicas y herramientas de automonitoreo en la alimentación. De ser necesario, se hacen reajustes según el plan de alimentación calculado y sugerido para cada participante. Este componente se hace de forma grupal con un trabajo específico que toma entre dos y tres sesiones (Natalia Valverde, Comunicación personal 6 de febrero de 2017).

Cada sesión tiene 3 etapas o componentes principales:

1. En la primera parte se explora el cumplimiento de las metas de la sesión anterior y las barreras emergentes (Natalia Valverde, Comunicación personal 6 de febrero de 2017).

2. Luego, se aborda un tema específico que responde a las características y los objetivos del grupo. Se dan recomendaciones, consejos o información respecto a ese tema y se hace un trabajo aplicado para evaluar la comprensión del mismo (Natalia Valverde, Comunicación personal 6 de febrero de 2017).

3. Finalmente, en la última parte se desarrolla algún tema con el objetivo de generar cambios conductuales y que propicie el movimiento del paciente en la escala de



etapas del cambio. En este componente se procura motivar la participación y que todos se sientan incluidos. Se genera un grupo de discusión, en el que la nutricionista facilita y modera, pero los participantes lleven la pauta. Para cerrar cada sesión se establecen nuevas metas relacionadas con el tema de fondo que se discutió. Se les realiza una valoración antropométrica final y en los casos especiales que lo ameriten, se remite a la consulta individual del PREANU (Natalia Valverde, Comunicación personal 6 de febrero de 2017).

En algunas ocasiones han generado un espacio más integral, al contar con el apoyo de estudiantes de la escuela de psicología y de ciencias del movimiento humano. Así, en el cronograma de trabajo incluyen sesiones de temas afines que fortalecen el proceso de los participantes (Natalia Valverde, Comunicación personal 6 de febrero de 2017).

La consulta grupal tiene un costo, que generalmente se usa para cubrir los materiales de los talleres de preparación saludable de alimentos. Desde el PREANU acordaron que para esta población podrían brindar 10 sesiones a un costo total de 40.000.00 colones (Adriana Murillo, Comunicación Personal 17 de noviembre del 2016).

## **2. Escuela de psicología**

Se realizó una reunión con Marcela León, profesora de psicología, especialista en desórdenes alimentarios. Ella tiene interés en supervisar una práctica para que sus estudiantes den terapia grupal a pacientes con obesidad. Esta profesional cree que sería necesario tener 6 sesiones semanales de psicología con grupos de aproximadamente 8 o 10 personas (Marcela León, Comunicación Personal 28 de febrero del 2017).

Se realizaría un grupo anualmente, pues el curso únicamente se imparte en el primer semestre de cada año. Buscaría reforzar la meta de mejorar la salud mediante la inclusión de temas como la imagen corporal, la aceptación del cuerpo, la satisfacción a largo plazo, entre otros (Marcela León, Comunicación Personal 28 de febrero del 2017).

La psicóloga a cargo del proyecto O emplea una metodología sistémica de grupo operativo y como paradigma teórico aplica el dispositivo grupal. Igualmente, al consultar con

ella esta iniciativa, se mostró abierta a la metodología que proponga la profesora León para abordar el grupo (Cristina Garita, Comunicación Personal 10 de marzo del 2017).

Buscando apoyo en el área de psicología se contactó también al Centro de Atención Psicológica. Su directora asegura que actualmente están saturados de proyectos y cuentan con una infraestructura limitada, por lo que no podrían participar en esta iniciativa. Sin embargo, se considera importante plasmar en este documento el contacto que se hizo con este centro, para considerarlo como un recurso que, cuando sus condiciones de personal e infraestructura mejoren, podría ser un aliado del Proyecto O (Natalia Chinchilla, Comunicación Personal 6 de febrero del 2017).

### **3. Gimnasio Universitario**

Al igual que como se hace actualmente con los pacientes del Proyecto O, se podría negociar que, a los participantes de esta iniciativa para motivar el cambio, se les aplique un descuento en el uso del gimnasio universitario.

### **4. Servicios médicos de la OBS.**

Estas personas, al ser siempre parte de la población universitaria, tienen la posibilidad de asistir a las citas en la consulta médica de la universidad y que desde ahí se les haga los exámenes de sangre y el estudio general de su condición de salud.

Así, utilizando los servicios de consulta médica de la OBS, articulando un descuento en el gimnasio universitario, sesiones semanales con los estudiantes de psicología e iniciando la consulta grupal en el PREANU; sería posible brindar a estas personas que no ingresan al proyecto, una motivación extra y buscar potenciar cambios en los hábitos, que podrían llevar a que estos participantes busquen otras soluciones por su cuenta o que alcancen el cumplimiento de los factores de inclusión del Proyecto O.

Se procuraría así, generar una asistencia informal previa al Proyecto O. Las personas serían referidas desde la OBS y se formaría un grupo para que participen en estos programas que ya se ejecutan en la Universidad de Costa Rica. Sin embargo, es importante que todos los

profesionales implicados se reúnan y definan un cronograma, así como factores de inclusión y metodología de trabajo. Desde este proyecto final de graduación se investigó la factibilidad de esta recomendación y se puso en contacto a todas las personas interesadas en participar, sin embargo, queda en las manos de los profesionales coordinarse y lograr que esta iniciativa se desarrolle.

Los profesionales que desarrollan el Proyecto O tienen una gran pasión por el tema. Van estudiando y mejorando con cada grupo, incorporando nuevos elementos y madurando la metodología. Así, vale la pena apoyarse en otras unidades académicas para potenciar el proyecto y que este continúe con el crecimiento constante que lo caracteriza.

**Anexo 9. Instrumento para el registro de consumo en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.**

### Instrumento para el Automonitoreo

Nombre:

---

Instrucciones: Anote en los siguientes cuadros lo que usted come durante 3 días: Dos días entre semana y un día de fin de semana. Es importante que anote todo lo relacionado con el consumo de alimentos, el momento que lo comió, el lugar donde lo comió y con quién comió, la hora, el tipo y la cantidad de alimento y la emoción generada después de consumirlo.

No hay respuestas adecuadas o inadecuadas, esto es un primer paso en nuestro proceso para controlar el peso.

Tiempo de comida	Tipo de alimento	Cantidad	Lugar	¿Con quién estaba?	¿Qué estaba haciendo?	Tiempo transcurrido	Emoción

Fuente: (Villalobos, 2015)