



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGIA

---

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

“Influencia de la Conducta Alimentaria en la pérdida de peso de  
personas dietantes del PREANU-UCR”

Estudiante:

Bach. Tatiana Durán Piedra – Carnet: A51938

Comité Asesor:

Director (a): Licda. Adriana Villalobos Elizondo

Lector (a): MSc. Francella Jaikel Hernández

Lector (a): MSc. Glenda Villalobos Fallas

2018



## UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

### FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES ESCUELA DE PSICOLOGÍA

#### ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 129

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día martes 16 de octubre del dos mil dieciocho, a las diez horas, con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de la:

SUSTENTANTE	CARNE	AÑO DE EGRESO
Tatiana Durán Piedra	A51938	2-2016

Quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de **Tesis**, para optar al grado de **Licenciatura en PSICOLOGÍA**.

El tribunal examinador integrado por:

Lic. Carlos Araya Cuadra	<b>Presidente</b>
Lic. Daniel Fernández Vásquez	<b>Profesor Invitado</b>
Licda. Adriana Villalobos Elizondo	<b>Directora de T.F.G.</b>
Mag. Glenda Villalobos Fallas	<b>Miembro del Comité Asesor</b>
M.Sc. Francella Jaikel Hernández	<b>Miembro del Comité Asesor</b>

#### ARTICULO I

El Presidente informa que el expediente de la postulante contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumple con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

#### ARTICULO II

La postulante hace la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado: **“Influencia de la conducta alimentaria en la pérdida de peso de personas dietantes del PREANU-UCR”**.

### ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador hace las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

### ARTICULO IV

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, el Tribunal Examinador considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO ( ) APROBADO CON DISTINCIÓN (X) NO APROBADO ( )

Observaciones:

Se recomienda publicación en  
tema de artículo científico.

### ARTICULO V

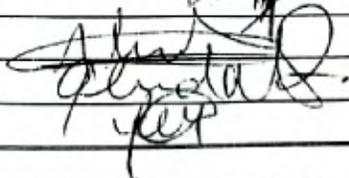
El Presidente del Tribunal le comunica a la postulante el resultado de la deliberación y la declara acreedora al grado de **Licenciatura en PSICOLOGÍA**.

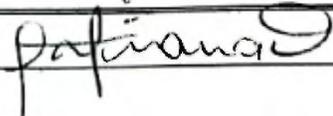
Se le indica la obligación de presentarse al Acto Público de Juramentación, al que será oportunamente convocada.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y la Postulante. A las 11:25 am se levanta la sesión.

Nombre:

Firma:

Lic. Carlos Araya Cuadra	
Lic. Daniel Fernández Vásquez	
Licda. Adriana Villalobos Elizondo	
Mag. Glenda Villalobos Fallas	
M.Sc. Francella Jaikel Hernández	

Tatiana Durán Piedra	
----------------------	--

## **Derechos de Propiedad Intelectual**

Hago constar que el presente documento, titulado: “Influencia de la conducta alimentaria en la pérdida de peso de las personas dietantes del PREANU-UCR”, fue elaborado por mi persona, Tatiana Durán Piedra y que esta investigación corresponde a mi Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Tesis.

Este documento fue presentado ante la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.

Por tanto, solicito la reserva de los derechos de propiedad intelectual al establecer la fuente de los datos y comentarios empleados en la presente investigación

**Licda. Tatiana Durán Piedra**

**A51938**

## Dedicatoria

A mis abuelos, Marina y Arsenio, gracias por ser un ejemplo de amor, entereza y perseverancia. Gracias por siempre creer en mí y empujarme a seguir adelante. Gracias por todos sus sacrificios, por el apoyo incondicional y el inmenso amor que comparten con toda la familia, sin ustedes ninguno de nosotros habría llegado tan lejos.

A mi esposo Chepe, gracias por la paciencia, las palabras de apoyo y por nunca dejar que me haya rendido con esto, aunque lo quise hacer muchas veces. Gracias por ese espíritu aventurero y esa infinita curiosidad. Gracias por llenar mi vida de amor, risas y momentos maravillosos. Que éste sea uno más de nuestros logros compartidos.

A mi familia por inspirarme a seguir este camino, si no fuera por su locura, yo no hubiera estudiado psicología. En especial a mi tía por su sabiduría y coraje, es un honor que me digan que somos parecidas. A Camila, para que no siga los pasos de su hermana y logre encontrar su propia luz y empiece a brillar por sí misma. A mami, por traerme al mundo y aguantarme tanto.

A todos los estudiantes que trabajan, porque el camino es difícil, los sacrificios son grandes y a veces no nos alcanzan las horas. No hay que hacer caso a las voces necias que dicen que no podemos, nos va a costar un poco más, pero si lo vamos a lograr.

## **Agradecimientos**

A la Universidad de Costa Rica por ser mi Alma Mater, gracias por abrirle las puertas a tantos estudiantes deseosos de aprender. Es un orgullo cumplir mis sueños académicos dentro de esta prestigiosa Institución.

A mis profesores, mentores y compañeros por hacer de la experiencia universitaria un espacio para compartir saberes y experiencias únicas. Gracias por hacerme ir más allá de los libros y las aulas, gracias por enseñarme a ser crítica y por promover el carácter humanizado de la psicología.

A mi equipo asesor por ayudarme a definir el camino de esta investigación, por apoyarme y creer en mis ideas. Gracias por su tiempo e interés.

Al personal del PREANU por toda la ayuda brindada durante el desarrollo de esta investigación en especial a Adriana Murillo por abrirme las puertas y a Diego Guardia por la paciencia y apoyo.

A Luis Miguel Ortega, por ayudarme con los números, eres un gran profesional y es un gran orgullo que seamos colegas.

A Julito, por ser una inspiración y un orgullo, que gusto poder llamarte amigo.

## Resumen

El siguiente trabajo presenta los resultados encontrados en la investigación realizada con el objetivo de determinar si la presencia de variables cognitivas y conductuales de la conducta alimentaria tienen influencia en la pérdida de peso de personas diagnosticadas con obesidad y sobrepeso que cuentan con un plan de tratamiento nutricional brindado por el PREANU de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica y cuya meta es la pérdida de peso.

La investigación fue llevada a cabo desde una metodología correlacional tomando en cuenta dos variables de la conducta alimentaria, la autoeficacia percibida para el logro de objetivos de pérdida de peso y las creencias irracionales y conductas inadecuadas que mantienen las personas con respecto a la alimentación.

Estas variables fueron evaluadas y correlacionadas con respecto a variables antropométricas para el control del peso tales como el Índice de masa corporal (IMC) y el peso corporal en kilogramos, ya que estos indicadores permiten medir cuantitativamente el avance de los pacientes con respecto a la consecución de metas de pérdida de peso y son las variables más utilizadas por los nutricionistas para determinar un diagnóstico de obesidad o sobrepeso en los tratamientos nutricionales. Los resultados fueron contrastados con los obtenidos por un Grupo Control integrado por personas de peso normal que no contaban con tratamientos nutricionales.

Se presentaron diferencias significativas en cuanto a la Autoeficacia Percibida, siendo el Grupo Control el que obtuvo puntajes más altos en esta variable en comparación al Grupo

Tratamiento. Además, se encontró que los hombres mantienen mayores Creencias Irracionales con respecto a la alimentación que las mujeres. No se encontraron diferencias significativas con respecto a la pérdida de peso entre mujeres y hombres del grupo tratamiento.

Con respecto a los resultados obtenidos se puede concluir que incluir modificaciones a los estilos cognitivos y volitivos de los pacientes con sobrepeso y obesidad en tratamientos dietoterapéuticos puede ser una clave para lograr mejores resultados en la pérdida de peso.

Dentro de las limitaciones se puede mencionar que la literatura y las investigaciones con respecto a la conducta alimentaria y exceso de peso, en su mayoría están enfocadas en variables genéticas, fisiológicas y nutricionales, por lo que existe poca información sobre las variables cognitivas y conductuales con respecto a la conducta alimentaria de personas de esta población. También se presentaron limitaciones con la población y la periodicidad del tratamiento brindado.

Una de las recomendaciones es realizar investigaciones similares bajo la metodología pre-test post-test, donde además del tratamiento nutricional se brinde un acompañamiento psicológico e integral donde se evalúen y aborden las motivaciones, hábitos y creencias que las personas mantienen con respecto a la alimentación.

Palabras clave: conducta alimentaria, creencias irracionales, autoeficacia percibida, obesidad, sobrepeso, dietoterapia

## Índice

<b>Introducción</b> .....	1
<b>Capítulo I. Marco de Referencia</b> .....	3
<b>1.1. Antecedentes</b> .....	3
<b>1.2. Marco Conceptual</b> .....	12
1.2.1.    Obesidad y Sobrepeso .....	12
1.2.2.    Conducta Alimentaria.....	14
1.2.3.    Tratamientos para el control del Peso.....	19
1.2.4.    Autoeficacia Percibida.....	30
1.2.5.    Creencias Irracionales .....	35
<b>Capítulo II. Descripción del Estudio</b> .....	42
<b>2.1. Problema de investigación</b> .....	42
<b>2.2. Objetivos</b> .....	42
2.2.1.    Objetivo General .....	42
2.2.2.    Objetivos Específicos .....	43
<b>2.3. Variables</b> .....	43
<b>2.4. Hipótesis</b> .....	43
<b>2.5. Estrategia Metodológica</b> .....	43
2.5.1.    Tipo de estudio y diseño.....	43
2.5.2.    Participantes .....	44
2.5.3.    Instrumentos .....	46
2.5.4.    Procedimiento de Recolección de datos .....	48
2.5.5.    Técnicas de Análisis .....	53
2.5.6.    Protección de los y las participantes .....	53
<b>Capítulo III. Resultados</b> .....	55
<b>Capítulo IV. Discusión</b> .....	63
<b>Capítulo V. Conclusiones</b> .....	73
<b>Capítulo VI. Limitaciones</b> .....	77
<b>Capítulo VII. Recomendaciones</b> .....	79
<b>Referencias</b> .....	82
<b>Anexos</b> .....	93
Anexo 1. Fórmula de Consentimiento Informado .....	93
Anexo 2. Inventario de Autoeficacia percibida para el control del peso de Zoraide Lugli (2011) .....	96
Anexo 3. Cuestionario sobre Creencias Irracionales de Conducta Alimentaria .....	98
Anexo 4. Expediente y Control de Citas PREANU-UCR .....	100

## Introducción

La siguiente investigación tiene como objetivo llevar a cabo un estudio correlacional de tipo cuantitativo sobre la posible influencia de dos factores psicológicos relacionados con la conducta alimentaria en el logro de resultados de pérdida de peso en personas diagnosticadas con obesidad y sobrepeso que asisten a tratamiento nutricional para el control de peso en el espacio clínico del PREANU-UCR.

Se pretende evaluar si la autoeficacia percibida para el logro de objetivos del control del peso y las creencias irracionales con respecto a las conductas alimentarias inapropiadas, son factores predictores en el logro de objetivos en cuanto a la reducción del peso corporal de personas con obesidad y sobrepeso que cuentan con un tratamiento nutricional para el control del peso y cuyo objetivo es la pérdida de peso.

Esta investigación se inserta desde la perspectiva de la psicología cognitivo conductual puesto que se estudian factores conductuales y cognitivos relacionados principalmente con los procesos de ingesta alimentaria, lo cuales son abordados en diferentes tratamientos psicológicos para el control de peso mediante la aplicación de técnicas conductuales y cognitivas (Villalobos, 2015; Leija *et al.*, 2011; Márquez *et al.*, 2008; Cooper y Fairburn, 2001). El objetivo principal de la investigación es indagar cómo las variables cognitivas y conductuales de la conducta alimentaria pueden influir en la pérdida de peso de personas con obesidad y sobrepeso que son usuarias de tratamientos dietoterapéuticos.

Si bien existen instrumentos que se encargan de medir las variables e incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria, la mayoría de ellos están enfocados en problemas relacionados con trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia

(Salazar, 2012), por lo tanto, existe limitada información sobre el estudio de los factores conductuales y cognitivos relacionados con los patrones de ingesta de personas con exceso de peso.

La importancia de este trabajo reside en que se ha presentado una tendencia al aumento y prevalencia de casos de personas con exceso de peso, tanto a nivel mundial como nacional (OMS, 2015; Ministerio de Salud, 2009a), por lo que cada vez es más necesario que el tema de la obesidad y sobrepeso sea abordado de una manera integral, no solamente desde una perspectiva nutricional o de salud; sino también desde otras disciplinas, como la psicología.

Los resultados obtenidos mediante esta investigación pueden ser utilizados como datos que ayuden a enriquecer el tratamiento dietoterapéutico, yendo más allá del tratamiento nutricional y educativo necesario, permitiendo conocer como las personas se relacionan con la comida a nivel conductual y cognitivo y de esta manera implementar programas preventivos de salud pública con el objetivo de promocionar estilos de vida saludables.

## **Capítulo I. Marco de Referencia**

### **1.1. Antecedentes**

En lo que respecta al estudio de la obesidad y el sobrepeso, sus posibles causas, consecuencias sobre la salud y modelos de tratamiento existe una gran diversidad de estudios que han mostrado resultados mixtos y en ocasiones poco alentadores en lo que se refiere a encontrar una manera eficiente de solucionar este problema de salud pública.

A continuación, se presenta un resumen de las principales investigaciones relacionadas con las variables de estudio de este trabajo. Se incluyen aquellas que parecen ser más relevantes con respecto al abordaje de la obesidad, sobrepeso, creencias irracionales, autoeficacia percibida y tratamientos para el control del peso.

En un estudio realizado por Cabello y Ávila (2009) donde llevaron a cabo una revisión de diversas investigaciones, estos autores concluyen que la complejidad del problema de la obesidad está relacionada con factores sociales y del comportamiento que puede debilitar el éxito de la mayoría de tratamientos nutricionales para el control del peso. Señalan que existen patrones de comportamiento adquiridos, creencias y actitudes que contribuyen al mantenimiento de conductas alimentarias inadecuadas (Cabello y Ávila, 2009).

Realizando un análisis de las investigaciones más recientes con respecto a la obesidad y el sobrepeso, se ha encontrado que la mayoría son llevadas a cabo en departamentos de medicina, tecnología de alimentos y nutrición; y cuyos temas son similares: factores genéticos, hormonales, comorbilidad con otras enfermedades, programas de prevención de obesidad infantil y adolescente (López y Garcés, 2012).

Mediante este meta-análisis se ha comprobado la existencia de diferentes aspectos que interactúan entre sí provocando obesidad, como los hábitos alimentarios (ingesta calórica), estilo de vida (deporte, el sueño y la vida sedentaria) y hábitos psicológicos adquiridos por condicionamiento, aprendizaje vicario o transmisión de la información, como los aspectos cognitivos (pensamientos, creencias, esquemas), afectivos (motivaciones), fisiológicos, experiencias, etc. Clásicamente los factores más relevantes y estudiados se encuentran en los dos primeros hábitos (aspectos dietéticos y el deporte). Poco a poco se han añadido nuevos factores asociados, como la depresión y el estrés. Otro hallazgos también apuntan hacia la vulnerabilidad genética y homeostasis energética, donde comprueban la importancia de los factores genéticos. Es decir, estos autores encontraron que los individuos desarrollan una determinada vulnerabilidad con la cual los agentes estresores provocan la acumulación de grasa, siendo así los hábitos del individuo el último eslabón y los responsables de desencadenar la obesidad y el sobrepeso (López y Garcés, 2012).

A nivel neuropsicológico, se han encontrado evidencias de alteraciones en los procesos cognitivos y su influencia en la obesidad; permitiendo la conversión del concepto de la obesidad descrita como una acumulación de grasa, a un trastorno con áreas cerebrales afectadas como el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo, entre otras. Proporcionando una visión multidisciplinar de la obesidad con aspectos generales como la adicción a la comida, la depresión, el estrés o la ansiedad y algunos más específicos como la percepción interoceptiva durante la alimentación o la expresión de emociones, entre otros. Para estos autores, la obesidad entendida como la acumulación de grasa por consecuencia de una ingesta superior al gasto energético, es una definición correcta pero también incompleta. La obesidad

refleja un estado corporal provocado por diversas causas, algunas endógenas y otras exógenas (López y Garcés, 2012).

La obesidad desde el punto de vista psicológico es difícil de definir, sin embargo, a pesar de que todavía no es clara la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias, es más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas con obesidad que en las personas de peso normal. La obesidad puede ser visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social, que atenta contra las cualidades emocionales, percepción del propio funcionamiento, calidad de vida y habilidades sociales de estas personas, especialmente por la estigmatización a nivel social (Vásquez y López, 2001).

Si bien no existe una definición precisa de la personalidad del sujeto obeso, ni tampoco es posible determinar que existe alguna alteración psiquiátrica determinada, sí se han identificado características psicológicas que se asocian a las personas con obesidad, como la dependencia, pasividad, baja asertividad, bajo nivel de introspección y baja autoestima. Es importante, por lo tanto, considerar los factores psicológicos que pueden interferir en los tratamientos del control del peso (Korbman, 2010).

El concepto de autoeficacia ha sido aplicado a conductas diversas, en distintos dominios de salud como: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud (Forsyth y Carey, 1998 en Olivari y Urra, 2007).

Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay y Hetcht, 1993; Klein-Hessling, Lohaus y Ball, 2005 en Olivari y Urrea, 2007).

En la investigación realizada por Aguilera y cols. (2009), se encontraron evidencias que los pacientes con obesidad y sobrepeso tienen percepciones exageradas negativas de sí mismos, creencias irracionales y distorsiones cognitivas que mejoran y pueden ser transformados en nuevos esquemas de pensamientos que conllevan a cambios en conductas inadecuadas por conductas más saludables gracias a la participación en terapias cognitivo conductuales. Las principales creencias irracionales y distorsiones cognitivas presentadas por los participantes fueron:

- Abandono: incluye la creencia irracional de que no se tendrá apoyo y protección, hay percepciones de inestabilidad e incredulidad, afirmando la sensación de abandono.
- Privación emocional: contiene la creencia irracional de que los otros no les proporcionarían apoyo emocional básico en cuidados, empatía y protección.
- Inestabilidad social: la creencia irracional se refiere a la percepción de que se está aislado, se es diferente y por lo tanto no se forma parte de ningún grupo.
- Fracaso: incluye la creencia de que se es fracasado e inferior en relación con los otros tanto en logros personales como interpersonales.
- Auto sacrificio: se cree que se es responsable de satisfacer y cumplir las necesidades de otros por encima de las propias para evitar culpas y enojos (Aguilera *et al.*, 2009).

Es por esto que las personas con exceso de peso se benefician con las intervenciones psicológicas, particularmente con estrategias conductuales para mejorar la reducción de peso, que pueden resultar muy útiles al ser combinadas con estrategias de control de peso y ejercicio. Son varios los métodos psicológicos utilizados para procesar y ayudar a perder peso en las personas con exceso de peso, donde los factores de éxito incluyen tener un plan de vida saludable que promueva una vida más activa, una rutina diaria de ejercicios y modificación de hábitos de alimentación (Mata, 2005).

Esta información es respaldada por Lara y Amigo (2011) quienes llevaron a cabo un metaanálisis sobre la eficacia de los tipos de intervenciones para el control del peso, donde se evidenció que las intervenciones que combinan el control nutricional y ejercicio obtienen mejores resultados en la disminución de peso. Además, el logro de la pérdida de peso y mantenerlo trae consigo transformaciones en la autoestima, aumenta la confianza en sí mismo, al mismo tiempo que se producen modificaciones en la manera de comer que redundan en cambios notables en la salud (Cabello y Ávila, 2009).

A nivel nacional, la investigación de Villalobos (2015) encontró que pacientes que asisten a consulta nutricional presentan ciertas ideas irracionales relacionadas directamente con conductas alimentarias inapropiadas las cuales pueden llegar a obstaculizar el cumplimiento de los objetivos de los planes de control nutricional.

Por otro lado, se han encontrado evidencias que los hábitos alimentarios de una muestra de trabajadores en servicios de salud son poco adecuados, planteando la necesidad de instaurar prácticas de vigilancia nutricional adecuadas por medio de programas de nutrición

preventiva, orientados a la educación nutricional que promuevan cambios permanentes en la conducta alimentaria de las personas (Villareal, 2003).

Otra investigación realizada con pacientes diabéticos con exceso de peso concluyó que la modificación de hábitos de alimentación, si bien es un proceso gradual que requiere de tiempo para integrar la información que se recibe y transformarla en una práctica, es capaz de producir cambios favorables en el control del peso y de algunos síntomas relacionados con la diabetes (Arauz *et al.*, 1997).

Mediante un análisis de las conductas que pueden facilitar el desarrollo de la obesidad y el sobrepeso se encontró que no existen diferencias significativas en la ingesta entre los grupos de alimentos, es decir, el incremento de la obesidad no se produce por un abuso de un grupo de alimentos o por la ausencia de otros. Por lo que se puede considerar que existen más factores que determinan el desequilibrio alimentario, como la influencia de estructuras neuropsicológicas y de los estímulos ambientales en las mismas. Esto se relaciona con la posible existencia de un déficit de control de impulsos en la población con obesidad y sobrepeso, demostrando la importancia de los factores psicológicos dentro de los mecanismos causantes de la obesidad y el sobrepeso. Encontrando también una clara relación del sedentarismo con el aumento del peso. Concluyendo que es necesario un modelo integral caracterizado por la evaluación de los hábitos alimentarios, la práctica de actividad física y el estrés ambiental; otorgándole a los factores psicológicos un papel de vital importancia (López y Garcés, 2016).

Otras investigaciones mencionan que los esfuerzos que se realicen en seguir un tratamiento para bajar de peso serían poco efectivos si no se llegan a concretizar cómo y de

qué manera las variables psicosociales afectan al individuo con obesidad y sobrepeso. Buscando a la vez demostrar la influencia que el medio sociocultural tiene en el bienestar subjetivo de las personas con obesidad y sobrepeso, ya que ellas deben convivir en una sociedad “obeso-fóbica” que los estigmatiza, con la consecuente vivencia de sentimientos de desvalorización cotidianos que deben enfrentar debido a la presión social que experimentan para bajar de peso. Para estos autores la sociedad actual estimula una preocupación desmedida por la apariencia, por lo que las personas con obesidad y sobrepeso son juzgadas como físicamente menos atractivas, carentes de voluntad y se convierten en blanco fácil de burlas hacia su apariencia (Silvestre y Stavile, 2005; Milkewicz Annis *et al.*; Sands y Wardle, 2003 en Guzmán y Lugli, 2009).

Esa influencia social parece ser más fuerte hacia las mujeres que hacia los hombres, lo que conlleva una mayor insatisfacción con la imagen corporal y un sentimiento de culpa por no poder alcanzar el modelo deseado (Prieto y Muñoz, 2015). En la actualidad, el modelo estético corporal femenino es delgado, incluso excesivamente delgado, y enfatizando la apariencia sensual. Mientras que el ideal de belleza en los hombres es un patrón cultural musculado, con elevado grado de hipertrofia y niveles muy bajos de grasa corporal (Serpa, Castillo, Gama y Giménez, 2017).

Estudios realizados en mujeres adolescentes y jóvenes muestran que la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción de la misma se relacionan con conductas alimentarias de riesgo, ya que se da una sobrestimación de su tamaño corporal, mostrando mayor insatisfacción (Rieder y Ruderman, 2001 en Lora y Saucedo 2006).

Esta insatisfacción con la imagen corporal, puede ser motivo de un importante malestar crónico y un significativo impedimento para bajar de peso, o inversamente, constituirse en una importante motivación para bajar de peso (Facchini, 2002; Puhl y Brownell, 2001 en Guzmán y Lugli, 2009).

Es por esto que una de sus investigaciones buscó establecer si el grado de obesidad, el sexo, la actitud hacia la apariencia física, la percepción de intensidad de burla y la insatisfacción con la imagen corporal predecían o tenían alguna influencia en la satisfacción con la vida en pacientes con obesidad y sobrepeso que buscan tratamiento para bajar de peso, y de qué manera estas variables se relacionaban entre sí. Los resultados de esta investigación concluyeron que la insatisfacción con la imagen corporal y la percepción de intensidad de burlas contribuyen de manera significativa a la predicción de la satisfacción con la vida en personas con obesidad y sobrepeso, trayendo consigo un incremento en el malestar emocional de estos individuos (Guzmán y Lugli, 2009).

Además, la interpretación cognitiva de las burlas afecta el juicio de estas personas acerca de la satisfacción con la vida, y esto posteriormente se refleja en una valoración negativa que realiza la persona de su propio bienestar. En lo que se refiere al efecto directo de la insatisfacción con la imagen corporal sobre la satisfacción con la vida, se halló que una elevada insatisfacción con la imagen corporal condiciona una baja satisfacción con la vida. La imagen corporal es un aspecto clave en la autovaloración personal, en la autoestima y en la necesidad de ser aceptado socialmente y no de ser excluido o apartado del grupo social. Esto obviamente genera sentimientos de malestar e insatisfacción, lo que conduce a la

elaboración de un juicio global negativo o poco satisfactorio de la vida (Guzmán y Lugli, 2009).

Los resultados obtenidos en ese estudio revelaron que el grado de obesidad no afecta la satisfacción con la vida, sino que lo que explica el bajo nivel de satisfacción con la vida son las variables socioculturales; en otras palabras, la felicidad en las personas obesas y con sobrepeso no está asociada a determinantes genéticos o temperamentales o al exceso de peso, el problema es que estas personas tienen interiorizado unos ideales y valores socioculturales sobre la apariencia física en los que fundamentan sus expectativas de éxito social que les resultan inalcanzables. Es por esto que estas variables cobran vital importancia en el trabajo clínico que debe realizarse con estos pacientes y no sólo considerar que el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso debe estar basado únicamente en el cambio de hábitos alimentarios y en la realización de actividad física. La evidencia empírica proporcionada en esta investigación permite afirmar que se han de incorporar estos factores psicosociales en el tratamiento de la obesidad a fin de contribuir al logro de la felicidad de dichas personas (Guzmán y Lugli, 2009).

Es tomando en cuenta todos estos factores, que surge el interés de conocer como las creencias irracionales de conductas alimentarias y la autoeficacia percibida pueden influir en el logro de la disminución de peso en las personas con exceso de peso que cuentan con un tratamiento de control nutricional para reducción de peso.

## **1.2. Marco Conceptual**

### **1.2.1. Obesidad y Sobrepeso**

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (2015) define el exceso de peso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer; que están entre las primeras causas de muerte de la población costarricense (Ministerio de Salud, 2009a).

El exceso de peso es concebido como un exceso de grasa corporal que por lo general se ve acompañada de un incremento del peso corporal (Merino *et al.*, 2001). La obesidad desde el punto de vista fisiológico, se define como el almacenamiento excesivo de tejido graso (Korbman, 2010). También puede ser vista como un aumento exagerado del peso corporal, realizado fundamentalmente a expensas del tejido adiposo, aunque la masa magra y ósea también puede estar aumentadas (Villalobos, 2015).

Clínicamente, el grado de obesidad se cuantifica en valores de desviaciones estándar del índice de masa corporal (en adelante IMC) (Yeste *et al.*, 2008). El IMC se calcula a partir de la altura al cuadrado, expresada en metros, y del peso expresado en kilogramos para cada individuo:  $IMC \text{ de Quetelet} = \text{kg}/\text{metros}^2$  (Beumont, AL-Alami y Touyz, 1988).

Normalmente se suele considerar que un IMC de 30 o más es indicativo de obesidad (Merino *et al.*, 2001), mientras que un IMC entre 25 y 29.9 es considerado indicativo de sobrepeso (OMS, 2015).

Actualmente se tiene un conocimiento más amplio de los múltiples factores que tienen incidencia en la acumulación excesiva de grasa corporal que trae como consecuencia el exceso de peso; de manera simple se debe a una excesiva ingesta energética que supera el consumo de energía normal de cualquier persona. Sin embargo, también existen factores genéticos, psicosociales, nutricionales, metabólicos y endocrinos que influyen la incidencia del sobrepeso y la obesidad, los cuales deben considerarse en forma conjunta (Korbman, 2010).

Como lo menciona la última Encuesta Nacional de Nutrición de Costa Rica (Ministerio de Salud, 2009a), en comparación los resultados de 1996, el sobrepeso y la obesidad aumentó 16.1% en mujeres. Mientras que, con respecto a los resultados de 1982, se presentó un aumento del 40.3% del sobrepeso y la obesidad en hombres. En la población infantil se encontró un aumento de 6.5% en la incidencia de obesidad y sobrepeso, mientras que adolescentes el aumento fue de un 14.7% en sobrepeso y un 6.1% en obesidad, estos datos en comparación a los resultados de 1996.

Estas cifras nos ayudan a ejemplificar la gravedad de la situación a nivel nacional, sin embargo, la obesidad se ha convertido en una pandemia mundial. Como lo menciona la OMS, la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial y cada año mueren, como mínimo, 2.8 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso. Aunque anteriormente se consideraba un problema confinado a los países de altos ingresos, en la actualidad la obesidad también es prevalente en los países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2015).

El incremento en la prevalencia de la obesidad que se ha observado en las últimas décadas, no se explica solamente por mecanismos genéticos, si no que se encuentra altamente

relacionado con la ingesta calórica asociada a un consumo exagerado de grasas en la población adulta, lo que a su vez llega a desencadenar problemas de malnutrición por exceso, problema que se ve incrementado por la creciente tendencia al sedentarismo (López, 2008).

Cada vez se tienen más evidencias que indican que el sobrepeso y la obesidad son consecuencia de una modificación de los patrones dietarios y de una actitud cada vez más sedentaria (Pajuelo, Bernui, Castillo, Cabrera y Cuba, 2013).

Dicho de otra manera, la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y calorías gastadas. Se ha visto una tendencia universal a tener una mayor ingesta de alimentos ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes (Moreno, 2012).

Más allá de la afectación a la salud física que las personas con exceso de peso puedan sufrir, también es importante conocer el impacto psicológico que puede significar esta condición. Entre las consecuencias psicológicas que suelen presentar las personas con exceso de peso se encuentran la baja autoestima debido a la discriminación y a la sensación del sujeto de sentirse inferior en lo que respecta a su apariencia física. La depresión es otro síntoma común en las personas obesas ya que, al no poder alcanzar su meta tiene que resignarse a seguir siendo obeso y este estado persiste debido a que le es sumamente difícil cumplir una dieta, generándose sentimientos de culpa y manifestación de ansiedad por no lograr cumplir los objetivos que se propone (Korbman, 2010).

### **1.2.2. Conducta Alimentaria**

Independiente de su valor nutricional, el ser humano está dispuesto a comer casi cualquier elemento en la naturaleza: vivo o muerto, crudo o cocido, animal, vegetal, algunos minerales

y, aún su propia especie podría estar en su menú. Los seres humanos somos omnívoros y solo algunas regulaciones sociales detienen, para la mayoría, nuestro voraz apetito (Tamayo y Restrepo, 2014).

La alimentación no es regulada solamente por el proceso fisiológico del hambre y la saciedad. De ser así, un correcto funcionamiento de este sistema evitaría la gran incidencia que existe de trastornos relacionados con la alimentación (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002). Se sabe que las personas desarrollan conductas diferentes en respuesta a sus emociones dependiendo del medio ambiente socioeconómico donde viven y de su formación, lo cual puede influir en el control del peso (Sánchez y Pontes, 2012).

Un factor determinante de la alimentación es la conducta alimentaria, que se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos (Osorio *et al.*, 2002).

Es decir, podemos entender la conducta alimentaria como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, vinculadas a la ingesta de alimentos. Dicha conducta se ve influida por factores de diversa naturaleza y su alteración da origen a los denominados trastornos alimentarios, que son patologías en las que los patrones de ingesta de alimentos se ven severamente distorsionados (Lara y Saucedo, 2006).

Entre las conductas alimentarias inadecuadas más frecuentes se pueden mencionar las adicciones a determinados alimentos, picar entre horas de comida, atracones de comida, levantarse por la noche a comer y permanecer en ayuno durante el día (Larrañaga y García,

2009). Se ha encontrado una clara relación entre la obesidad y la conducta alimentaria compulsiva (Gómez y Ávila, 1998).

Factores como los cambios en la conducta alimentaria y aumento del sedentarismo, junto a características familiares, sociales y culturales contribuyen a explicar el aumento de los problemas de exceso de peso en la población mundial (Jenaro *et al.*, 2011).

Para esta investigación es sumamente importante el estudio y conocimiento de las conductas alimentarias que presentan las personas con exceso de peso en contextos de control de peso por medio de tratamientos nutricionales.

Las principales conductas alimentarias inadecuadas identificadas por Villalobos (2015) son: comer en exceso, no comer vegetales, abandonar el plan de alimentación porque no es fácil, no poder evitar consumir alimentos apetitosos, aceptar comida, aunque no se tenga hambre, abandonar el plan de nutrición porque no se cumplió a la perfección y comer mientras se ve televisión (Villalobos, 2015).

El otro aspecto de relevancia relacionado con conductas alimentarias inadecuadas es la disminución de la actividad física producto del estilo de vida sedentario; debido al incremento en la automatización de las actividades laborales, los métodos modernos de transporte y del crecimiento de estilos de vida urbana (Moreno, 2012).

Estas evidencias concuerdan con lo encontrado en la práctica clínica ya que al realizar una revisión de los expedientes clínicos de los participantes de esta investigación se encontraron las siguientes características con respecto al patrón de ingesta, actividad física y estilos de vida:

- Todos los participantes reportaron un alto consumo de grasas saturadas con una predominancia del consumo de alimentos fritos.
- La dieta inicial de los participantes estaba caracterizada por una baja ingesta de fibra de fuente vegetal y fibra, es decir poco consumo de frutas, verduras y granos integrales.
- Se encontraron indicadores que las dietas de los participantes estaban constituidas principalmente por un alto consumo de carbohidratos simples, como pan, repostería, y harinas refinadas.
- Se identificó además un bajo o nulo consumo de lácteos y fuentes de calcio, las principales fuentes de lácteos estaban representadas por quesos procesados, natilla y helados.
- En la mayoría de los casos los participantes no tenían establecido un horario de comidas u omitían tiempos de alimentación, tales como el desayuno o alguna merienda.
- Casi ninguno de los participantes contaba con una rutina de actividad física incluida como parte de su vida cotidiana, por lo que se confirmaba su sedentarismo.
- El ocio por lo general estaba determinado por espacios de descanso, televisión e inactividad.
- Si bien los participantes reportaban consumo de bebidas, la mayoría abusaba de refrescos carbonatados, jugos azucarados y bebidas procesadas, dando como resultado un poco consumo de agua y bebidas sin azúcar o aporte calórico.

Nuestras emociones tienen un efecto poderoso sobre nuestra elección de alimentos y sobre los hábitos alimentarios y se ha encontrado evidencia empírica de que la influencia de las emociones sobre la conducta alimentaria es más fuerte en las personas con exceso peso y en sujetos que cuentan con un tratamiento de control nutricional (Sánchez y Pontes, 2012).

En la literatura sobre conducta alimentaria se ha enfatizado en la interacción entre factores ambientales e individuales, que influyen en la elección de los alimentos, habitualmente, las personas deciden qué comer y en qué momento hacerlo cuando perciben que tienen hambre, sin embargo, no solo el valor nutricional o el estado corporal momentáneo son determinantes en las decisiones referentes a qué y cuánto comer (Booth, 1994 en Peña y Reidl, 2015).

Si bien, la conducta alimentaria obedece a la satisfacción de una necesidad fisiológica, también se basa en pautas socioculturales que determinan las preferencias y el patrón de consumo de los alimentos, superponiéndose a las reacciones fisiológicas relacionadas con el ciclo hambre-saciedad. En otras palabras, la conducta alimentaria es un constructo multifactorial y la elección de los alimentos obedece no solo a la satisfacción momentánea de una necesidad fisiológica; ni a la búsqueda intencional del valor nutritivo que aportan los alimentos (Peña y Reidl, 2015).

Los resultados de la investigación de estas autoras aportan evidencia que sugiere que las emociones agradables representan uno de los factores socioculturales que motivan la conducta alimentaria. A la vez que respalda la hipótesis propuesta por Macht (2008 en Peña y Reidl, 2015), que establece que el control de la elección de los alimentos depende de las emociones inducidas por el propio alimento (Peña y Reidl, 2015).

En las teorías sobre emociones, se considera que éstas tienen diferentes funciones en la organización y función de la conducta. Las emociones pueden facilitar el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características de agrado-desagrado de la emoción. Con base a esa afirmación las autoras concluyen que la consecuencia lógica de experimentar emociones agradables durante la alimentación, es favorecer el acercamiento o aproximación hacia los alimentos y así experimentar sensaciones placenteras que ocurren como consecuencia de comer (Peña y Reidl, 2015).

Esto a la vez corresponde con lo señalado por Macht (2008 en Peña y Reidl) donde una asociación entre las emociones y la alimentación es más fuerte si algunas emociones en particular ocurren con mayor frecuencia en contextos alimentarios que otras emociones, lo cual genera cambios cognitivos y conductuales compatibles con la alimentación. Sin embargo debido a que las personas pueden no darse cuenta de los cambios en su conducta alimentaria como consecuencia de los cambios en sus estados emocionales, se sugiere a los especialistas en nutrición enseñar a los pacientes a identificar y regular sus emociones puesto que podrían estar confundiendo las señales fisiológicas de hambre/saciedad con dichos estados emocionales y de esta manera desencadenando conductas alimentarias inadecuadas debido a sus emociones (Peña y Reidl, 2015).

### **1.2.3. Tratamientos para el control del Peso**

Si bien la psicología y la nutrición pueden parecer áreas separadas y distantes, encuentran su convergencia y complementariedad cuando se trata de enfrentar problemas de salud pública como la obesidad y el sobrepeso. Sin embargo, conforme la incidencia de la obesidad aumenta en todo el mundo, ni la medicina ni la nutrición, han logrado un cambio significativo

en el comportamiento alimentario de la población con exceso de peso. Los programas de intervención nutricional no siempre son exitosos ya que muchas veces existe una insuficiente comprensión de la relación entre los comportamientos relacionados con la salud y el tratamiento aplicado; es por esto que parece necesario que la problemática sea abordada de manera interdisciplinaria (Rodríguez, Rique y De Carvalho, 2005).

En otras palabras, teniendo en cuenta el impacto de esta problemática en los servicios de salud pública y en la calidad de vida de las personas, parece necesario afrontarlo de manera integral y mediante propuestas estratégicas que no solo se enfoquen en el tratamiento de las personas con exceso de peso, sino que también incluyan medidas para la prevención; evitando que las cifras actuales sigan en aumento.

Es por esto que se propone investigar el tema con personas usuarias de los servicios de tratamiento y control nutricional dentro del marco del Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario PREANU de la Universidad de Costa Rica.

Esta instancia es un espacio universitario para el desarrollo de actividades innovadoras en el ámbito de la educación y atención nutricional, donde se prestan servicios de consultoría para el tratamiento y el control nutricional desde el año 2009 (Sedó, 2014). Se aspira a que este programa contribuya al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional, mediante el desarrollo de la investigación y la acción social (Sedó, 2014).

El objetivo principal de los tratamientos de control de peso en pacientes con exceso de peso es la reducción sustancial de peso y su mantenimiento durante un período prolongado; pero para conseguirlo, es imperativo evaluar la historia alimentaria, los intentos de pérdida de peso previos, la situación social y laboral, el nivel económico, la existencia o no de

enfermedades concomitantes, además de integrar los factores psicológicos que podrían estar en el origen o exacerbamiento del sobrepeso (Gordillo *et al.*, 2011).

Las intervenciones para el control del peso pueden suponer modificaciones cualitativas de la selección de alimentos, alteración de la frecuencia de comidas y recomendaciones cuantitativas de restricciones de kilocalorías (Socarrás, Bolet y Licea, 2002). Es por esto que las guías más actualizadas sobre atención dieto terapéuticas buscan crear un balance energético negativo, implementando una reducción de entre 500 a 1000 kilocalorías con respecto a la dieta habitual del paciente (SEEDO, 2007). Además, se recomienda que el tratamiento dietético sea individualizado para respetar los gustos personales e incluir un análisis integral de la situación del paciente donde se incluyan datos sobre el peso, sexo, enfermedades, trabajo, vida social, horarios y actividad física (SEEDO, 2007).

Se han evaluado diferentes tratamientos para la obesidad, entre los que destacan la dieta, la promoción del ejercicio, las técnicas de modificación de conducta, la farmacoterapia, y la cirugía bariátrica. Estos tratamientos intentan influir sobre uno o más de los factores, conductuales, sociales, culturales, genéticos, metabólicos y hormonales, que intervienen en el desarrollo del exceso de peso (Márquez *et al.*, 2008).

Es necesario tomar en cuenta métodos de intervención que hayan probado su eficacia científica y adoptar medidas dirigidas al conjunto de la población, es por esto que se han venido desarrollando una serie de tratamientos principalmente orientados a la modificación de los hábitos alimentarios y los patrones de actividad física, ambos factores relacionados con el éxito en la reducción y mantenimiento del peso. No obstante, también se ha dado una concientización sobre la necesidad de intervenciones profesionales interdisciplinarias cada

vez más específicas e individuales, realizadas por médicos, nutricionistas, psiquiatras y psicólogos, principalmente debido a que el exceso de peso ha demostrado ser una compleja problemática con importantes costos, tanto a nivel individual como social (Gordillo *et al.*, 2011).

Alcanzar los objetivos de un plan nutricional es responsabilidad conjunta del paciente y del profesional de la salud, sin embargo, depende de la motivación del paciente para ponerlo en práctica, comprometerse y lograr las metas (Larrañaga y García, 2009).

Tomando en cuenta la complejidad multifactorial de la obesidad y el sobrepeso y la cantidad de variables que pueden influir en las conductas alimentarias de las personas es que se advierte la necesidad de utilizar estrategias adecuadas que actúen y mejoren el conocimiento, las expectativas y las conductas de las personas que pretendan perder peso (Gordillo *et al.*, 2011). Pero ese mismo carácter multifactorial, generado por interacciones complejas del ambiente, la dieta y los genes, es que se hace difícil escoger el tratamiento más adecuado (Sánchez y Sanz, 2016).

Por lo general, los tratamientos psicológicos de pérdida de peso han estado enfocados desde de las premisas de la Terapia Cognitivo Conductual de control de estímulos que pretenden que el paciente identifique y evite los factores ambientales asociados a un estilo de vida no saludable; mientras que los programas de modificación conductual utilizados en el tratamiento de esta problemática han estado orientados a modificar los hábitos de conducta alimentaria (López y Godoy, 1994).

Sin embargo, la limitante de estos tratamientos es que, en muchos casos, durante el trabajo terapéutico, los pacientes no llegan a conocer la raíz de sus pensamientos

distorsionados e irracionales y sus hábitos inadecuados, por lo que es difícil establecer la relación entre estos y las conductas disfuncionales hacia la alimentación o hacia la inactividad física (sedentarismo) y, como consecuencia, se dificulta la modificación de comportamientos no saludables (Aguilera *et al.*, 2009).

Es por esto que la incorporación de las técnicas cognitivas ha producido mejoras en el tratamiento al reducir la recuperación de peso, evidenciándose una clara influencia de los factores cognitivos en los resultados (Cooper y Fairburn, 2001).

Actualmente se busca que los tratamientos se basen en variables nutricionales balanceadas en lugar de dietas restrictivas, así como en la mejora de las relaciones interpersonales, la promoción de conductas y actitudes funcionales relacionadas con el control de peso y la alimentación y la reestructuración cognitiva. El objetivo es que el paciente se responsabilice en coordinación con el terapeuta y que se llegue al autocontrol del comportamiento alimentario. Mientras que la meta principal de estas intervenciones debe ser la implementación de estilos de vida más saludables mediante la modificación de las conductas de alimentación y de las estructuras cognitivas que anteceden a la conducta: pensamientos irracionales, distorsiones cognitivas, metas poco objetivas y claras (Leija *et al.*, 2011).

Como se menciona anteriormente, siendo la obesidad y el sobrepeso enfermedades multifactoriales, en la actualidad se enfatiza la necesidad de utilizar diversas teorías y modelos educativos cuando se diseñan y realizan intervenciones orientadas a lograr cambios de conducta que contribuyan a prevenir y controlar la obesidad y otras enfermedades crónicas (Moreno, 2012).

Todos ellos plantean que es esencial explorar el contenido actual de las creencias, percepciones, expectativas y valores en cada grupo de personas, utilizando métodos cuantitativos y cualitativos como encuestas, entrevistas en profundidad o grupos focales, que tienen la ventaja de entregar valiosa información sobre aspectos subjetivos que explican el comportamiento de las personas. Sin esta debida información, no será posible diagnosticar la real relevancia del problema ni menos generar proyecciones de sus posibles nexos ni consecuencias en el estado de salud física a futuro, dado que la principal característica es que son un grupo de enfermedades y/o trastornos degenerativos que no causan síntomas aparentes al individuo (López, 2008).

El tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario, involucrando a médicos nutriólogos, nutricionistas, kinesiólogos o fisiatras, psicólogos y cirujanos, contemplando las siguientes acciones:

- **Dietoterapia:** La dieta es el componente esencial de las intervenciones para reducir de peso. Para la elaboración de la prescripción dietética, es fundamental determinar la ingesta nutricional, los requerimientos calóricos y las comorbilidades. Lo más recomendado es limitar el consumo calórico alrededor de 500 calorías menos del consumo usual de la persona (Cuevas y Reyes, 2005).
- **Actividad física:** Varios estudios han evidenciado una relación inversa entre peso corporal y actividad física. El ejercicio es un potente activador de la lipólisis, lo cual libera ácidos grasos desde los triglicéridos almacenados como grasa para ser utilizados como fuente energética. A pesar de que el ejercicio sólo induce una

reducción de 2 a 3% del IMC, éste es más efectivo cuando se asocia a tratamiento dietario. Por otra parte, realizar actividad física regular, pareciera ser el componente del tratamiento que más promueve la mantención a largo plazo del peso reducido. Se recomienda iniciar un programa de ejercicio de 30-45 min diarios, al menos 3 veces por semana. Los ejercicios más indicados para un programa de reducción de peso son aquellos que incrementan la frecuencia cardíaca y el gasto energético (aeróbicos) (Cuevas y Reyes, 2005).

- **Modificación conductual-cognitiva:** Las terapias de cambios de conducta son estrategias para modificar los hábitos de alimentación y de actividad física de los pacientes con obesidad y sobrepeso. Las técnicas de conducta más utilizadas incluyen: automonitoreo de la ingesta y actividad física, manejo del stress o condiciones psicológicas que gatillan la ingesta, resolución de problemas relacionados con el peso e implementación de alternativas más saludables. En el aspecto cognitivo es importante la enseñanza de metas realistas en cuanto a la reducción de peso, manejo de la autoestima y prevención de recaídas (Cuevas y Reyes, 2005). La terapia de modificaciones de conducta puede ser realizada en forma individual o grupal (Cuevas y Reyes, 2005).

El sobrepeso y la obesidad ya son consideradas como entidades patológicas, cuyas implicaciones están dadas en la esfera de la salud, en lo social e incluso en lo económico. El tener estas patologías implica la posibilidad de tener riesgo cardiovascular y este riesgo se

hace mucho más dramático y peligroso cuando se presenta a temprana edad (Pajuelo *et al.*, 2013).

Es necesario ofrecer una alternativa terapéutica a las personas que presentan esta patología. Pero la experiencia internacional con relación al tratamiento de la obesidad es desalentadora. Los esfuerzos prolongados equipos multidisciplinares, representa un alto costo y logra pobres resultados en el mediano y largo plazo. Ante este panorama, existe consenso en que el énfasis debe estar en la promoción de dietas y estilos de vida saludables, que deben iniciarse precozmente para formar hábitos que perduren a lo largo de la vida (Atalah, 2012).

Los individuos con exceso de peso se benefician con la introducción de cambios en el estilo de vida, particularmente en la alimentación y en la actividad física. Se conoce que aún cambios moderados de peso resultan significativamente favorables. El primer paso para iniciar el tratamiento para el control del peso es la evaluación del paciente, y que a través de este se establece el grado de obesidad y el nivel de riesgo, lo que permitirá luego instaurar el tratamiento adecuado (Villalonga *et al.*, 2008).

Es muy importante identificar los factores que ayudan a sostener el sobrepeso o la obesidad. Cada individuo tiene una historia familiar, social, cultural, psicológica y factores genéticos. El objetivo de la evaluación inicial es obtener una visión de la historia de peso y descubrir los patrones de ingesta y entender los hábitos de actividad física; es decir, comprender de manera general del estilo de vida actual del paciente, para luego determinar estrategias necesarias para modificar los hábitos e instaurar un estilo de vida más saludable (Villalonga *et al.*, 2008).

En esta investigación se llevó a cabo una revisión de los expedientes de las personas participantes para determinar sus razones de consulta y la evaluación inicial de cada paciente. Al ingresar al programa del PREANU los pacientes deben presentar algunos requisitos tales como hemogramas completos, glicemia en ayunas, entrevista inicial y mediciones antropométricas. Esta información se incluye en el expediente del paciente con el objetivo de tener un panorama más completo del estado de la salud del paciente.

Los exámenes médicos ayudan a descartar enfermedades asociadas tales como dislipidemia, síndrome metabólico, diabetes, presión arterial, anemia, entre otras. Mientras que en la entrevista inicial se revisan los patrones de ingesta, rutina diaria, frecuencia de la actividad física, nivel educativo y socioeconómico, motivación y metas del paciente con respecto al tratamiento.

Por lo tanto es necesario evaluar los patrones de actividad física, identificar las potenciales barreras que impiden el ejercicio, ya sea por falta de tiempo o impedimento físico o causas personales que interfieren para implementar posibles soluciones, a la vez que es importante conocer las motivaciones del paciente, si se trata solo de buscar un descenso de peso por estética o lo llevaron a la consulta las presiones familiares o sociales, o es un problema de salud (Villalonga *et al.*, 2008).

Una vez realizada la evaluación del paciente, se identificará cuál es el tratamiento más indicado. Si bien existen distintos tipos de planes de tratamiento nutricional que se aplican según los objetivos del paciente, su diagnóstico inicial y sus conductas alimentarias más frecuentes. En el ámbito clínico, existen ciertas recomendaciones casi universales para prevenir y controlar la obesidad y el sobrepeso, por ejemplo, realizar actividad física

regularmente, consumir verduras y frutas, beber agua pura y bebidas sin aporte calórico, consumir granos integrales, entre otras. Sin embargo, el apego o adherencia a estas recomendaciones nutricionales y de actividad física es uno de los problemas más importantes entre las personas que llevan un tratamiento para prevenir o controlar la obesidad. Desde el punto de vista psicológico, la adherencia a estas recomendaciones implica un proceso de cambio de hábitos, el cual, puede dividirse en etapas, acelerarse y desacelerarse (Villalobos, Campos, Camarillo y Enríquez, 2012).

En el PREANU la atención brindada se enfoca en la modificación de los patrones de ingesta desde varios ejes. Una de las primeras estrategias que se implementa en el tratamiento para el control del peso de pacientes con obesidad y sobrepeso es la educación nutricional, ya que es necesario que el paciente reaprenda y modifique su patrón de consumo. Para lograr este objetivo los profesionales en nutrición enseñan a sus pacientes a medir porciones, identificar los grupos alimenticios, intercambios de alimentos y en general una mejor comprensión de la alimentación balanceada.

Paralelamente a la educación se elabora un plan de alimentación según las necesidades del paciente, por lo general se trabaja con planes hipocalóricos, en los cuales se restringe o disminuye el consumo alimenticio usual de las personas y se buscan maneras de integrar grupos alimentarios que mejoran la condición de la salud, tales como frutas, verduras, agua.

A la vez que se reducen las cantidades de otros grupos alimentarios tales como grasas y carbohidratos. En algunos casos, debido a las características personales del paciente se inicia trabajando por recomendaciones a seguir con respecto a pequeños cambios en las conductas alimentarias, con el objetivo de motivar al paciente a crear conciencia sobre la necesidad de

implementar nuevas conductas alimentarias más apropiadas. Esta estrategia se utiliza como un primer paso antes de implementar algún tratamiento nutricional más estructurado.

También se hacen recomendaciones con respecto a la integración de actividad física dentro de la rutina diaria de las personas, por ejemplo, caminar al menos 30 minutos diariamente, nadar, usar las escaleras en lugar el ascensor, integrarse a actividades de ocio y recreación, entre otras. Estas recomendaciones se hacen según las posibilidades de los pacientes.

Finalmente, como parte del programa se ofrecen terapias grupales en la cuales se discuten las vivencias y obstáculos que se presentan en la vida de las personas con obesidad y sobrepeso, además de educación nutricional y estrategias para alcanzar prácticas nutricionales adecuadas. Este tipo de terapia busca que el grupo motive a sus participantes a continuar luchando por mejorar su calidad de vida y cambiar sus hábitos alimentarios para conseguir las metas del tratamiento. La participación en estos grupos es voluntaria y no muchos de los pacientes asisten a las sesiones grupales.

Si bien el tratamiento de la obesidad se basa principalmente en la modificación de hábitos alimentarios con el fin de disminuir la ingesta calórica para alcanzar el peso deseado. Es importante que se guíe al paciente en la elección de metas realistas para la reducción del peso, para su salud y apariencia física (Villalonga *et al.*, 2008).

Con respecto a las metas del tratamiento, si bien cada paciente tiene sus motivaciones personales, las personas con sobrepeso y obesidad que acuden a un tratamiento de control del peso por lo general buscan:

1. Bajar peso: La meta inicial de disminución de peso es reducir un 10% del peso corporal. Esto se fundamenta en que un moderado descenso de peso puede disminuir significativamente la severidad de los factores de riesgo asociados a la obesidad (Villalonga *et al.*, 2008).
2. Mantener el peso adecuado a largo plazo: Es importante transmitir al paciente el concepto de que es preferible mantener un descenso moderado de peso en un período de tiempo prolongado, que tener un efecto “rebote” como consecuencia de un descenso brusco (Villalonga *et al.*, 2008).

Tal y como lo mencionan las autoras, la motivación principal de las personas usuarias del PREANU es bajar peso, ya sea movidos por razones estéticas o para mejorar su calidad de vida y evitar mayores problemas de salud.

#### **1.2.4. Autoeficacia Percibida**

El constructo de autoeficacia, que fue introducido por Bandura en 1977 representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva (Bandura, 1982, 1997 en Olivari y Urra, 2007). De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas:

1. Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal.
2. Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados.
3. Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones

necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1995 en Olivari y Urra, 2007).

La autoeficacia es considerada como la parte del autoconocimiento que más influye en la vida diaria de las personas. Hace referencia a la confianza que alguien tiene en su habilidad para el desempeño de una actividad (Bandura, 1987 en Campos *et al.*, 2014).

La manera en que el individuo juzga sus capacidades y las percepciones que tiene sobre su eficacia, van a afectar directamente su motivación y su conducta, para obtener el desempeño esperado son necesarias tanto la existencia de habilidades, como la creencia personal de que se tiene la eficacia para hacer uso de las mismas (Bandura, 1987 en Campos, *et al.*, 2014).

En los tratamientos para el control del peso, factores psicológicos como los procesos volitivos cobran gran relevancia; ya que se presentan como estrategias de control cognitivo, emocional, motivacional y medioambiental, que se observan en personas orientadas hacia la acción (Kuhl, 1994 en Guzmán *et al.*, 2011).

La percepción de autoeficacia es uno de los factores psicológicos que influyen en los tratamientos para el control del peso (Márquez y MacAuley, 2006; Ryan 2005 en Guzmán *et al.*, 2011). Según Bandura (1998 en Guzmán *et al.*, 2011), ésta es la convicción de tener éxito al llevar a cabo una conducta, ya sea cambiándola o manteniéndola. La autoeficacia predice el logro de acciones ligadas a tratamientos para el control del peso y su mantenimiento (Astudillo y Rojas, 2006; Jago, Baranowski, Baranowski, Cullen y Thompson, 2007 en Guzmán *et al.*, 2011); por ejemplo, se relaciona con la intención de comer alimentos bajos

en calorías, frutas y vegetales (Povey, Conner, Sparks, James y Shepherd, 2000 en Guzmán *et al.*, 2011).

Estos autores también encontraron que los hombres manifiestan autoeficacia vinculada con fuerza de voluntad para el control de peso, estilos alimenticios no saludables y actividad física programada; mientras que las mujeres relacionan la autoeficacia diferenciando a la actividad física programada de la cotidiana; asimismo, respecto a los estilos alimenticios asociados a factores externos (Guzmán *et al.*, 2011).

En este sentido, llama la atención la función que cumplen los estereotipos de género, reproduciéndose en la autoeficacia relativa a la actividad física y al control de peso. Así, la teoría cognitivo-social aborda la diferenciación, concibiendo el género como resultado de la interacción entre factores personales (concepciones relacionadas con éste y la actividad física), factores comportamentales (patrones de actividad física relacionados con éste) y factores del entorno (reacciones sociales hacia el comportamiento vinculado con la actividad física) (Alvariñas, Fernández y López, 2009; Bussey y Bandura, 1999 en Guzmán *et al.*, 2011).

Para Lugli (2011) la autoeficacia percibida es una variable que influye en el éxito de los tratamientos dirigidos a la reducción del peso y en el posterior mantenimiento de las pérdidas de peso alcanzadas. También puede ser predictora del éxito del tratamiento ya que favorece la adhesión a cambios en la conducta alimentaria y de ingesta (Martin *et al.*, 2004).

Otra variable personal es la volición, como componente del sistema autorregulador y que se define como la capacidad de elegir entre planes de acción voluntarios y que es considerada responsable de escoger e iniciar el comportamiento ya que se encuentra integrada por

componentes como las creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente y el control que ejerce sobre sus propias acciones. En otras palabras, mientras la motivación denota compromiso, la volición denota persistencia, si bien el proceso motivacional es el encargado de iniciar y dirigir la acción hacia una meta determinada; la volición se encarga de mantener el curso de dicha acción cuando aparecen los obstáculos. Por lo que se puede decir que el compromiso es relativamente fácil de instaurar en una persona que pretende bajar su peso corporal, sin embargo, resulta crucial la capacidad de controlar la persistencia de la autogestión de las acciones que conducen al logro de los objetivos de los tratamientos para el control del peso (Gordillo *et al.*, 2011).

Estas características confirman la responsabilidad individual y su papel fundamental en el éxito de cualquier estrategia de control de peso, ya que los resultados en gran medida son dependientes del control alcanzado por el cliente y de obtener un cambio permanente en su estilo de vida. Es por esto que consideran que para que las acciones dirigidas al control del peso corporal sean efectivas, el individuo debe realizar un esfuerzo constante y progresivo para controlar su ingesta alimenticia (Román *et al.*, 2007).

Por lo tanto, es indiscutible el papel que debe jugar el individuo en su propio proceso, por lo que el estudio de las variables personales sigue siendo parte importante en la búsqueda de la solución de este problema mundial (Lugli, 2011).

En la investigación realizada por Leija y cols. (2011) se aplicó una escala de imagen corporal a las personas participantes, y se percibieron puntajes bajos en la misma. Este dato es común que aparezca en personas que están sometidas a un programa para la disminución de peso, ya que la perspectiva de modificar su peso tiene como antecedente una imagen

corporal poco grata (William, 2007 en Leija *et al.*, 2011). El problema surge cuando se vincula su apariencia personal con su sentido de identidad personal de forma excesiva, lo cual es una característica en puntajes bajos. Si el tratamiento no logra ese cambio corporal, puede provocar en las personas, una rápida sensación de fracaso y como consecuencia retirada del tratamiento (Leija *et al.*, 2011).

Es por esto que los objetivos del tratamiento del exceso de peso se han trasladado de la sencilla pérdida de peso aislada como meta estética, hacia una gestión global de una mejoría de la salud. Este nuevo concepto incluye la pérdida de peso, pero no se limita a esto, por lo tanto, un programa de gestión para la pérdida de peso puede ser considerado como eficaz si el paciente responde favorablemente a la prevención de la gordura, una mejoría de las complicaciones asociadas, una mejoría de las reglas generales de salud e higiene de la vida y el adelgazamiento estable a largo plazo (Amzallag, 2000).

Con respecto a la motivación existen estudios que avalan la eficacia de las técnicas de intervención motivacional en la reducción del peso y que su utilidad aumenta al combinarse con dietas y ejercicio físico. Esta debe orientarse al logro de cambio de los estilos de vida, que con efecto prolongado en el tiempo hará reconocer y mantener patrones de alimentación adecuados además de control del estrés y mantener un ejercicio físico regular. Cuando se trata de efectuar cambios en el estilo de vida de una población adulta los métodos de intervención son complejos ya que el individuo suele aferrarse a lo conocido, aunque esto pueda implicar un riesgo para su salud (Tárraga, Rosich, Panisello, Gálvez, Serrano, Rodríguez y Tárraga, 2014).

En todo cambio hay elementos que evolucionan y otros que permanecen estables. La propuesta para conseguir estos cambios es ayudar al paciente a integrarlos en su vida y que ésta no se vea afectada en lo esencial. No obstante, es importante ayudarle a que viva como necesarias y favorables para él una serie de modificaciones que le hagan tomar conciencia de que su salud en parte depende del tipo de hábitos a sustituir y que éstos puedan ser tomados como un ejercicio que apuesta por su salud bienestar (Tárraga *et al.*, 2014).

#### **1.2.5. Creencias Irracionales**

La influencia del pensamiento en la persona puede ser funcional o disfuncional. Los pensamientos funcionales se refieren a ideas racionales, las cuales permiten que la persona se desenvuelva de manera asertiva en la sociedad, mientras que las disfuncionales son todo lo contrario. La Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) se encuentra fundamentada en el modelo ABC del comportamiento, en donde A es un acontecimiento activante, en otras palabras, es la situación que produce en los sujetos una reacción ya sea positiva o negativa. La B son las creencias o interpretaciones que el sujeto realiza de las situaciones. Y la C es la consecuencia, que suele ser emocional y conductual (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

De acuerdo con la TREC, las perturbaciones emocionales y conductuales son resultado de evaluaciones irracionales y poco funcionales que hacen los individuos sobre sí mismos, los demás y el mundo. Estas evaluaciones se expresan exigencias absolutistas, debo y tengo que, las cuales son dogmáticas en lugar de ser pensamientos racionales expresados mediante preferencias y deseos flexibles. Estas exigencias dogmáticas y absolutistas se condensan en tres conclusiones irracionales nucleares: el tremendismo, la baja tolerancia a la frustración y la condena global (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Ellis (1962; 1975 en Lega, Sorribes y Calvo, 2017) propone 12 creencias irracionales básicas:

1. Es una necesidad para el ser humano adulto el ser amado y aceptado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.
2. Para considerarse a uno mismo valioso es necesario ser muy competente, autosuficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
3. Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.
4. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
5. La desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.
6. Si algo es o puede ser peligroso o terrible, uno debe sentirse terriblemente inquieto por ello y pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
7. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8. Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.
9. La historia pasada es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.
10. Uno debe sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.

11. La idea de que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe.
12. La idea de que se puede conseguir un máximo de felicidad a través de la inercia y la inactividad, o bien divirtiéndose pasivamente y sin comprometerse (Ellis, 1962; 1975 en Lega, Sorribes y Calvo, 2017).

Las ideas o creencias irracionales son afirmaciones dogmáticas ilógicas, y/o sin apoyo empírico, y/o no pragmáticas, que describen específicamente el procesamiento evaluativo de la información y su relación con consecuencias emocionales y comportamentales desadaptativas e insanas (Daniel *et al.*, 2010 en Tamayo y Restrepo, 2014).

Las creencias pueden ser expresadas en forma deseos o preferencias (creencias racionales) o como una obligación, necesidad imperiosa o exigencia (creencias irracionales) (Ellis, 1981 en Carbonero *et al.*, 2010). Son justamente las creencias irracionales, manifestaciones dogmáticas y absolutas cuya no consecución provoca emociones negativas inadecuadas y alteraciones de conducta que interfieren en la obtención de nuevas metas (Carbonero *et al.*, 2010).

El proceso fisiológico de experimentar hambre tiene su origen en diversas áreas. El cuerpo humano regula y monitorea los niveles de nutrientes y cualquier cambio percibido en estos puede originar la sensación de hambre. El modelo cognitivo racional de Ellis percibe al hambre como un estado de angustia y sufrimiento, cuya solución efectiva es recurrir a aplacar el hambre con comida (Ellis, Abrams y Dengelegi, 1992).

Según Ellis y cols. (1992) la principal creencia irracional relacionada con el hambre está relacionada con la incapacidad autopercibida de soportar el “dolor y sufrimiento” causado por la sensación de hambre y que ese sufrimiento será permanente. Mientras que las personas con obesidad y sobrepeso que se encuentran en tratamientos dietoterapéuticos por lo general mantienen creencias irracionales relacionadas con la dificultad de seguir la dieta, lidian con pensamientos de ser débiles e incapaces, pérdida de control y finalmente fracaso ante cualquier incumplimiento del régimen, por lo cual muchas veces abandonan los tratamientos de control nutricional (Ellis, Abrams y Dengelegi, 1992).

El ambiente cultural y familiar proporciona los contenidos cognitivos que toda persona asume como creencias propias, filosofías de vida, esquemas cognitivos, etc. (Carbonero *et al.*, 2010).

Los hábitos de conducta alimentaria se van forjando desde la infancia según las costumbres y prioridades que le transmiten los miembros de la familia, muchas veces resaltando que aquella persona que come más es la más hermosa y sana, dejar el plato limpio es un motivo de orgullo para padres y madres y por lo tanto de gratificación para el niño o niña. Son hábitos alimentarios como estos los que propician el desarrollo de problemas de sobrepeso y obesidad (Barceló y Borroto, 2001).

Tanto los hábitos anteriormente mencionados y la interiorización de esas conductas, son variables que al largo plazo se convierten en creencias irracionales de conducta alimentaria y en conductas de afrontamiento. Algunas investigaciones han demostrado que las personas diagnosticadas con obesidad y sobrepeso en su mayoría recurren a la comida para aliviar algún tipo de malestar psicológico y también lo hacen para atenuar su aburrimiento o

desánimo, principalmente las mujeres, creando de esta manera creencias irracionales con respecto a la alimentación (Arrebola *et al.*, 2013).

El repertorio de pensamientos que permiten a las personas con obesidad y sobrepeso justificar o mantener su condición puede ser tan amplio como el valor mismo de la estadística de obesidad. Las ideas más comunes en personas obesas durante el tratamiento son: debeísmo, pensamiento dicotómico, negativismo, sobregeneralización, el horror o tremendismo, autodevaluación y etiquetado, culpabilidad y por último procrastinar (Vera, 1998 en Tamayo y Restrepo, 2014).

Otro factor que se relaciona con las creencias irracionales con respecto a la alimentación es la llamada Ingesta Emocional, que se caracteriza porque la persona come como una manera de suprimir o atenuar emociones negativas como la ira, el miedo, el aburrimiento (Bennett *et al.*, 2013), la tristeza y la soledad (Mayo Clinic, 2012 en Tamayo y Restrepo, 2014) y la ansiedad (Schneider, Appelhans, Whited, Oleski y Pagoto, 2010 en Tamayo y Restrepo, 2014). La ingesta emocional se presenta en el 38% de los pacientes con obesidad y se caracteriza por comer sin hambre física, en respuesta a algún estado emocional (Guerdikova *et al.*, 2007 en Reséndiz y Sierra, 2014).

Algunas investigaciones sobre la influencia de las emociones en la conducta alimentaria afirman que las personas se sobrealimentan en respuesta a emociones desagradables, y se ha descuidado en gran medida el estudio de las emociones agradables. También se ha detectado que en los antecedentes próximos al atracón destacan las emociones desagradables como la depresión, enojo, sensación de vacío, desesperación, preocupación e insatisfacción, mientras que las consecuencias más frecuentes incluyen el alivio de pensamientos y emociones

desagradables (Whiteside *et al.*, 2007 en Peña y Reidl, 2015). Los hallazgos de su investigación aportan evidencia de que las emociones experimentadas durante la alimentación en una muestra no clínica son, en su mayoría agradables, independientemente del alimento (Peña y Reidl, 2015).

En relación con la atención psicológica de pacientes con sobrepeso u obesidad, el modelo que se utiliza con mejores resultados es el modelo cognitivo-conductual (Cooper, 2001; Fernández, 1992; Hayward, 2002; Mahoney, 1981 en Aguilera *et al.*, 2009). Sin embargo, la limitante de estos tratamientos es que, en muchas ocasiones durante el trabajo terapéutico, los pacientes no llegan a conocer la raíz de sus pensamientos distorsionados e irracionales y sus hábitos inadecuados, por lo que es difícil establecer la relación entre estos y las conductas disfuncionales hacia la alimentación o hacia la inactividad física, lo que a la vez conlleva una mayor dificultad para modificar esos comportamientos no saludables (Aguilera *et al.*, 2009).

La relación del individuo con la alimentación implica factores cognitivos tales como: percepciones, memoria, pensamientos, emociones, hábitos alimenticios, y hasta la relación del sujeto con el alimento en su vida temprana (Tamayo y Restrepo, 2014).

Desde el punto de vista conductual, al restringir voluntariamente la ingesta, es decir hacer dieta, se sustituyen los controles fisiológicos de manera arbitraria por un control cognitivo; este control cognitivo tiende a fallar por la presión fisiológica del hambre y por factores como el estrés, la ansiedad, los estímulos alimenticios y la relajación normal de la voluntad (Bersh, 2006).

Desde la Psicología se ha abordado el pensamiento como causante de la conducta y la afectividad. Concretamente en las terapias racionales y de reestructuración cognitiva, donde

se adopta el llamado “esquema A-B-C” a través del cual explica que las consecuencias emocionales y conductuales, no son provocadas directamente por los acontecimientos activadores, sino por las creencias de la persona acerca de esos acontecimientos (Carbonero *et al.*, 2010).

Es desde este paradigma que esta investigación propone que las creencias irracionales con respecto a la alimentación pueden ser factores que influyen sobre los resultados de pérdida de peso de personas con obesidad y sobrepeso. Proponiendo como hipótesis que una mayor presencia de creencias irracionales conlleva una mayor dificultad para lograr cambios en la conducta alimentaria y por lo tanto menores resultados en la pérdida de peso.

## **Capítulo II. Descripción del Estudio**

### **2.1. Problema de investigación**

Tomando como base la creciente tendencia en cuanto al diagnóstico de problemas de exceso de peso en la población mundial y sus consecuencias para la salud pública, estigma social y problemas psicológicos asociados surge la interrogante de esta investigación, la cual se relaciona directamente con factores cognitivos y conductuales que pueden ser vistos como variables predictores o que pueden tener alguna influencia en la pérdida de peso de personas que han sido diagnosticadas con exceso de peso y que se encuentran en tratamiento para el control del peso.

Ante este panorama se propone la siguiente interrogante como guía de esta investigación:

¿Cuál es la influencia de las conductas alimentarias en la pérdida de peso en personas adultas que siguen un tratamiento de control nutricional en el PREANU de la Universidad de Costa Rica?

Para el abordaje de una temática tan amplia y multifactorial como la conducta alimentaria se evaluaron dos variables relacionadas directamente con los factores cognitivos y conductuales de la conducta alimentaria a saber: la autoeficacia percibida y las creencias irracionales de conducta alimentaria.

### **2.2. Objetivos**

#### **2.2.1. Objetivo General**

- Determinar la influencia de las conductas alimentarias en el logro de objetivos de pérdida de peso en personas que cuentan con un plan nutricional.

### 2.2.2. Objetivos Específicos

- Describir los hábitos alimentarios de personas en tratamiento nutricional de control de peso.
- Identificar las conductas alimentarias de personas que cuentan con un plan nutricional.
- Evaluar el impacto de las conductas alimentarias en el logro de resultados de pérdida de peso de planes nutricionales.

### 2.3. Variables

Para el desarrollo de la investigación se definieron las siguientes variables de estudio:

- **Variable dependiente:** Peso medido en kilogramos, Índice de Masa Corporal.
- **Variables Independientes:** Sexo, edad, Autoeficacia Percibida y Creencias Irracionales de Conducta Alimentaria.

### 2.4. Hipótesis

Un patrón de ingesta caracterizado por un repertorio de conductas alimentarias inapropiadas, puede ser un factor predictivo en la dificultad del logro de resultados de pérdida de peso en personas con exceso de peso que cuentan con un tratamiento nutricional para el control del peso.

### 2.5. Estrategia Metodológica

#### 2.5.1. Tipo de estudio y diseño

Se realizó un estudio correlacional mediante la aplicación de una metodología cuantitativa (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) buscando medir el impacto de variables

conductuales y cognitivas de la conducta alimentaria sobre el logro de resultados de pérdida de peso.

Para el análisis de la información se llevó a cabo un análisis cuantitativo correlacional entre la autoeficacia percibida para el control del peso y las creencias irracionales de conducta alimentaria y el aumento o disminución del IMC y peso en personas diagnosticadas con exceso de peso (obesidad y sobrepeso) usuarias de servicios de atención y control nutricional del PREANU.

Estos datos se compararon a la vez con datos obtenidos de los mismos instrumentos aplicados un grupo control, que estuvo compuesto por una muestra de una población con índices de peso normal y que no contaban con ningún tratamiento de control nutricional.

Se utilizó un enfoque cuantitativo, ya que este usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández *et al.*, 2010). Los datos utilizados en el análisis fueron obtenidos mediante la aplicación de instrumentos psicométricos y de mediciones antropométricas.

### **2.5.2. Participantes**

Participaron en total 77 personas, 43 mujeres y 34 hombres, con edades entre los 18 y los 57 años, para un promedio de 32.05 años ( $DE = 9.64$  años).

De las 77 personas, el Grupo Tratamiento estuvo conformado por 36 personas usuarias de los servicios de consulta nutricional del PREANU y cumplieron con los criterios de inclusión definidos: personas diagnosticadas con sobrepeso u obesidad, mayores de edad y

cuyo objetivo para el tratamiento fuera la pérdida de peso. Este grupo estuvo integrado por 14 mujeres y 22 hombres.

Las 41 personas del Grupo de Control fueron seleccionadas según dos criterios: peso e IMC dentro de los rangos normales (es decir que no presenten sobrepeso u obesidad) y que no contaran con ningún tratamiento para el control del peso. La distribución por sexo de este grupo fue de 29 mujeres y 12 hombres.

La participación de todas las personas fue voluntaria. La muestra fue seleccionada de la totalidad de los usuarios del PREANU, en las fases iniciales de la investigación se realizó un trabajo de exclusión de pacientes que no cumplieran los requisitos, ya que la población usuaria del PREANU es muy diversa e incluye pacientes tales como: mujeres embarazadas, niños (con desnutrición u obesidad infantil), personas menores de edad, personas con sobrepeso u obesidad con enfermedades metabólicas tales como síndrome metabólico o diabetes, personas de peso normal con diabetes u otros síndromes metabólicos.

Se excluyeron de esta investigación, personas con trastornos alimenticios tales como anorexia, bulimia u obesidad mórbida ya que las características de estos trastornos pueden afectar las características del tratamiento nutricional aplicado y de los objetivos que se persiguen.

El grupo control fue elegido al azar, se le aplicaron los instrumentos de manera virtual y compartieron su información de peso y estatura para determinar su IMC y su condición de peso normal. El grupo Control participó de esta investigación de manera voluntaria.

### 2.5.3. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaran en esta investigación midieron variables cuantitativas y cualitativas de las variables dependientes e independientes más relevantes para el estudio.

A continuación, se brinda una mayor explicación sobre las características principales de cada instrumento y de las variables medidas por cada uno de ellos.

**2.5.3.1. Información demográfica:** La primera parte de los instrumentos incluía la recolección de datos sociodemográficos como: sexo y edad cumplida en años.

**2.5.3.2. Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control del Peso de Lugli y Vivas (2011)** (Ver Anexo 2): Consiste en una escala de auto reporte donde los sujetos puntúan sus creencias acerca de las propias capacidades de la persona para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para controlar su peso (González y Lugli, 2012).

El instrumento cuenta con cuatro opciones de respuesta: Incapaz de poder hacerlo, poco capaz de poder hacerlo, bastante capaz de poder hacerlo y seguro de poder hacerlo.

El cuestionario define sus ítems en dos dimensiones, a saber, hábitos alimenticios (alimentación y factores externos) y actividad física (programada y cotidiana).

**2.5.3.3. Cuestionario de Creencias Irracionales y Conductas Alimentarias Inadecuadas** (Ver Anexo 3): Este cuestionario fue construido específicamente para esta investigación y se tomaron como referencia las creencias irracionales y conductas alimentarias inadecuadas identificadas en pacientes de tratamientos

nutricionales obtenidas por la investigación de Villalobos (2015). Las principales conductas alimentarias inadecuadas identificadas por este estudio fueron:

1. Comer en exceso.
2. No comer vegetales.
3. Abandonar el plan de alimentación porque no es fácil.
4. No poder evitar consumir alimentos apetitosos.
5. Aceptar comida, aunque no se tenga hambre.
6. Abandonar el plan de nutrición porque no se cumplió a la perfección.
7. Comer mientras se ve televisión.

Se identifican dos dimensiones en cuanto al tipo de creencia irracional: hábitos alimentarios y seguimiento del plan nutricional.

**2.5.3.4. Mediciones Antropométricas del IMC:** Para efectos de esta investigación se obtuvieron mediciones previas del Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula a partir de la altura al cuadrado, expresada en metros, y del peso expresado en kilogramos para cada individuo participante, tanto en el grupo tratamiento como en el grupo control. En el grupo Tratamiento los datos fueron obtenidos mediante la revisión de sus expedientes clínicos, previa autorización. Mientras que el grupo Control auto reportó tanto su peso en kilogramos como su estatura en centímetros, para de esta manera calcular el IMC.

Normalmente se suele considerar que un IMC de 30 o más es indicativo de obesidad (Merino *et al.*, 2001), mientras que un IMC entre 25 y 29.9 es considerado indicativo de

sobrepeso (OMS, 2015). Para obtener las mediciones del IMC de los participantes se realizó una revisión de sus expedientes clínicos (previa autorización) y se analizaron los datos según la medición inicial y la más reciente, para determinar de esta manera si se dio algún cambio significativo en el peso del paciente.

**2.5.3.5.Revisión de expedientes** (Ver Anexo 4): La revisión de expedientes se llevó a cabo con el objetivo de conocer un poco más sobre la evaluación, diagnóstico y estilo de vida de los participantes del grupo Tratamiento.

Se contó con la participación y guía de una persona del área de nutrición con el objetivo de obtener la mejor calidad de la información y aclarar dudas sobre el tratamiento de cada paciente. Esta revisión ahondó en la entrevista inicial, con el objetivo de poder identificar el motivo de consulta, meta del tratamiento, factores psicosociales asociados, padecimientos, principales hábitos alimentarios y estilo de vida. La revisión de los expedientes se hizo posterior a la obtención del consentimiento y autorización de cada paciente, con el objetivo de resguardar la privacidad de sus procesos de atención y tratamiento nutricional. Gracias a este procedimiento se obtuvo información importante para el análisis de los resultados logrados con los otros instrumentos.

#### **2.5.4. Procedimiento de Recolección de datos**

A continuación, se brinda el detalle del procedimiento de recolección de datos que se llevó a cabo para este estudio.

#### **2.5.4.1. Selección de la muestra**

Para la selección de la muestra del grupo Tratamiento se obtuvo acceso a la base de datos de los usuarios del PREANU gracias a la coordinación que se tuvo con la Directora del Programa, el primer paso fue descartar a las personas usuarias que no cumplían los requisitos de inclusión, es decir, personas con peso normal, mujeres embarazadas, personas menores de edad, personas con diabetes, personas con obesidad mórbida, personas con trastornos de alimentación y personas con otras enfermedades metabólicas. Una vez que se pre-seleccionaron los posibles participantes se levantó una lista con información de contacto y demográfica. En esta pre-selección se identificaron personas con obesidad y sobrepeso que fueron atendidas en el PREANU anteriormente, sin embargo, no todas estas personas seguían siendo usuarios activos de los servicios, por lo que la lista fue comparada con los datos de seguimiento de la base de datos de secretaría y se eliminaron aquellas personas que no estaban activas en el programa. Tomando en cuenta los criterios de selección, se obtuvo una lista de 140 posibles participantes.

El primer paso para incluir a las personas dentro del estudio fue determinar su participación activa en el programa; es decir que hubieran asistido a las últimas 3 citas de control. Posteriormente los participantes fueron contactados vía telefónica para solicitar su participación voluntaria, en la llamada se les brindó una explicación de los objetivos de la investigación y se coordinó la aplicación de los instrumentos y la firma de los consentimientos informados. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Hombres o mujeres mayores de edad.

- Participar en el programa del PREANU con regularidad, es decir, asistir a control al menos cada 2 meses.
- Tener un IMC mayor a 25.
- Tener como objetivo la pérdida de peso.
- Deseo expreso de participar en la investigación mediante la lectura, aceptación y firma del consentimiento informado.

De las personas que fueron contactadas solamente 36 completaron tanto los criterios de inclusión, como la aplicación de los instrumentos.

La muestra del grupo Control fue determinada al azar por personas que decidieron de manera voluntaria responder a un anuncio en la plataforma Facebook, en el cual se indicaban los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de su participación voluntaria en esta investigación. En este grupo participaron 39 personas mayores de edad, con peso corporal dentro de los estándares normales y que no contaban con ningún tratamiento dietoterapéutico.

#### **2.5.4.2. Contacto inicial y autorización**

El contacto inicial con los posibles participantes del grupo Tratamiento se dio vía telefónica desde las oficinas del PREANU y con la supervisión de la Directora del Programa.

En la llamada se daba una explicación del objetivo de la investigación, los pasos para participar, la persona responsable, los riesgos y beneficios y por supuesto se resaltaba la voluntariedad de la participación. Si la persona contactada aceptaba participar de la investigación se le pedía además la autorización para la revisión de su expediente clínico y

se le explicaba que tipo de información de ese documento iba a ser utilizada para la investigación.

Una vez que la persona accedía a participar también se le preguntaba la manera en la que le gustaría llenar los instrumentos, si quería hacerlo de manera presencial en su próxima cita de control o si prefería recibir los instrumentos de manera virtual mediante el correo electrónico.

Algunas personas contactadas negaron su participación principalmente porque decían no estar seguros de continuar en el programa, otros rechazaron por falta de tiempo o interés.

El contacto con el grupo Control se dio mediante la plataforma virtual Facebook, donde se compartió el objetivo del trabajo de investigación y todas aquellas personas interesadas podían participar de manera voluntaria. Además de la información demográfica se les solicitó a las personas participantes en este grupo reportar su peso en kilogramos, su estatura y si eran usuarios de algún servicio de tratamiento para el control del peso. Las personas participantes de este grupo recibieron también una copia del documento del Consentimiento Informado.

#### **2.5.4.3. Aplicación de los instrumentos**

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de dos maneras. La mayoría de participantes solicitaron recibir los cuestionarios vía correo electrónico, por lo cual se creó una versión virtual mediante la plataforma de Google Drive, las personas recibían un enlace en su correo electrónico que los dirigía directamente a los cuestionarios y sus respuestas eran almacenadas en una base de datos.

Otros participantes prefirieron una aplicación presencial de los instrumentos por lo que se coordinó realizarlos en la próxima cita de control nutricional. Los instrumentos fueron aplicados en los consultorios del PREANU antes o después de la cita, las personas contaron con todos los materiales necesarios para llenar los cuestionarios, una vez obtenidos estos datos fueron a la vez integrados en la base de datos general de la investigación.

Todos los participantes firmaron y recibieron copias del Consentimiento Informado, aquellos que realizaron el cuestionario de manera virtual recibieron una copia en el mismo correo en el que recibieron los instrumentos, adicionalmente se les dejó una copia del CI en sus expedientes. Aquellas personas que completaron los cuestionarios de manera presencial también firmaron y recibieron una copia del CI.

El grupo Control completó los instrumentos de manera virtual en su totalidad y recibieron una copia del Consentimiento Informado de la misma manera.

#### **2.5.4.4.Revisión de expedientes**

Para la obtención de datos los datos antropométricos y datos secundarios sobre el estilo de vida y hábitos alimentarios de los participantes del grupo Tratamiento se llevó a cabo una revisión de sus expedientes, la cual fue autorizada de antemano por las personas participantes.

En esta fase de la investigación se creó un documento con el nombre de la persona, sus mediciones de peso e IMC, tipo de tratamiento, motivo de consulta, meta terapéutica, principales hábitos alimentarios y estilo de vida.

Para garantizar la calidad en el manejo de los datos y su confidencialidad se contó con el apoyo de una estudiante avanzada de la carrera de Nutrición Humana, la cual se encargó de describir las particularidades del tratamiento aplicado, diagnóstico y otras características importantes del documento que fueran necesarias para la investigación.

#### **2.5.5. Técnicas de Análisis**

Los análisis estadísticos se realizaron a través del programa estadístico computarizado SPSS versión 23. Para tales fines se llevaron a cabo análisis descriptivos para la caracterización de la muestra, y psicométricos para evaluar la consistencia interna de las medidas y el cumplimiento de los supuestos, asimismo se efectuaron análisis correlacionales de las escalas.

Para los análisis principales se realizaron comparaciones de las medias en las variables cognitivo-conductuales de la conducta alimentaria, autoeficacia percibida y creencias irracionales de conducta alimentaria, para quienes participaron del tratamiento (Grupo Tratamiento) y para quienes no recibieron el tratamiento nutricional (Grupo Control).

Además, se procedió a realizar un análisis de varianza entre las y los participantes del tratamiento nutricional y las variables cognitivo-conductuales previamente mencionadas

#### **2.5.6. Protección de los y las participantes**

La protección de las personas participantes en investigaciones se rige por los lineamientos generales del trabajo con personas en procesos de investigación, informando a los y las participantes de los procedimientos, riesgos y beneficios de su participación en el proyecto y

asegurando, confidencialidad y voluntariedad de su participación, si por algún motivo se desea interrumpir la participación pudo hacerlo en cualquier momento de la investigación.

Para garantizar el cumplimiento de estos lineamientos se proporcionaron consentimientos informados (ver Anexo 1) firmados en las fases del estudio de la recolección de información para cotejar medidas.

El objetivo de la utilización de los instrumentos fue solamente obtener los datos necesarios para realizar el análisis de las variables en estudio. Los participantes no fueron expuestos a ningún riesgo al responder ambos instrumentos puesto que su carácter indagatorio no representa ninguna violación a los estatutos del Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Costa Rica.

### Capítulo III. Resultados

El siguiente capítulo presenta una síntesis de los principales resultados obtenidos mediante el análisis estadístico de los datos recolectados. Da inicio con la caracterización de la muestra basándose en factores como sexo y edad, luego se presenta un análisis de la consistencia interna y estadísticas descriptivas de las escalas utilizadas; seguidamente se presenta un análisis de varianza de las escalas según grupo y sexo. Finalmente, se presentarán los resultados de un análisis de regresión de tres modelos explicativos del estudio.

#### Caracterización de la muestra

Participaron en total 77 personas, 42 mujeres y 34 hombres, personas entre los 18 y los 57 años, con una edad promedio de 32.05 años ( $DE = 9.64$  años).

*Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo*

		Grupo		
		Control	Tratamiento	Total
Sexo	Mujer	29	14	<b>43</b>
	Hombre	12	22	<b>34</b>
Total		<b>41</b>	<b>36</b>	<b>77</b>

El grupo control estuvo integrado por personas en edades entre 18 y 50 años, con una edad promedio de 29.29 años ( $DE = 8.71$  años), mientras que en el grupo tratamiento las edades de las personas participantes van entre 21 y 57 años, para una edad promedio de 35.19 años ( $DE = 9.79$  años).

Tabla 2. Distribución de la muestra por edad

Grupo		Edad				
		N	Mín.	Máx.	M	DE
Control		41	18	50	29.29	8.71
	Tratamiento	36	21	57	35.19	9.79

Nota. M = Media, DE = Desviación Estándar

### Consistencia interna y estadísticos descriptivos de las escalas

Para cada escala se realizó un análisis de consistencia interna. En la Tabla 3 se presentan los análisis de consistencia interna del Cuestionario de Autoeficacia Percibida.

Tabla 3. Análisis de consistencia interna de la Escala Autoeficacia Percibida

Reactivos	M	DE	r <sub>it</sub>
1. Se siente capaz de evitar ver la televisión o leer mientras come	2.56	.678	.167
2. Se siente capaz de aumentar paulatinamente el tiempo de duración de su rutina de ejercicios	2.10	.836	.483
3. Se siente capaz de comer despacio si se siente ansioso (a)	1.86	.823	.395
4. Se siente capaz de ir caminando y no utilizar ningún tipo de transporte	2.27	.883	.471
5. Se siente capaz de evitar comida chatarra (tacos, hamburguesas, pollo frito, etc.)	2.04	.880	.665
6. Se siente capaz de realizar deporte a pesar de no contar con los medios económicos inmediatos	2.27	.805	.584
7. Se siente capaz de pensar que tiene la fuerza de voluntad para dejar de comer golosinas	2.03	.973	.654
8. Se siente capaz de dejar el chocolate u otras golosinas que come regularmente si se siente ansioso (a)	1.92	.943	.508
9. Se siente capaz de subir y bajar escaleras en lugar de utilizar escaleras eléctricas o el ascensor	2.55	.660	.466
10. Se siente capaz de realizar meriendas bajas en calorías	2.48	.641	.571
11. Se siente capaz de creer que respetar los horarios de comida contribuye a controlar su peso	2.53	.598	.338
12. Se siente capaz de trotar de manera regular	1.62	.904	.444
13. Se siente capaz de al comer en grupo, reducir la cantidad de alimentos que consume	2.08	.644	.519

14. Se siente capaz de poner más esfuerzo de su parte para subir y bajar escaleras	2.55	.597	.630
15. Se siente capaz de evitar comer comida chatarra cuando come fuera de casa	2.14	.838	.654
16. Se siente capaz de realizaciones sesiones en casa de abdominales o pesas	1.86	.928	.458
17. Se siente capaz de evitar los dulces	1.86	.928	.640
18. Se siente capaz de rechaza invitaciones a comer alimentos ricos en grasas	1.91	.976	.567
19. Se siente capaz de caminar rápido a pesar de que no le guste	2.53	.552	.509
20. Se siente capaz de insistir en la compra de alimentos bajos en calorías	2.47	.661	.645
21. Se siente capaz de realizar una rutina de ejercicios a pesar de que no tenga ganas de hacerla	1.91	.920	.564
22. Se siente capaz de eliminar de su dieta los dulces y golosinas	1.84	.974	.541
23. Se siente capaz de, a pesar de estar cansado (a), usar las escaleras y no el ascensor	2.17	.834	.616
24. Se siente capaz de estar en una panadería y comprar un yogurt en vez de una pizza	2.17	.951	.566
25. Se siente capaz de realizar algún tipo de ejercicio de forma constante	2.35	.721	.489
26. Se siente capaz de evitar picar de lo que haya en la refrigeradora o en la despensa si se siente muy ansioso (a)	1.66	.852	.543
27. Se siente capaz de pensar que realizando las 3 comidas diarias bajas en grasa contribuye a controlar su peso	2.39	.710	.063
28. Se siente capaz de bajarse un poco lejos de su parada usual con la finalidad de caminar más	1.81	1.014	.277
29. Se siente capaz de evitar dejar de cenar si se siente bajo presión	1.88	.973	.398
30. Se siente capaz de cumplir con el tiempo estipulado en su rutina de ejercicios a pesar de sentir que no puede	2.14	.790	.461
31. Se siente capaz de evitar comer alimentos poco sanos entre comidas	2.30	.745	.567
32. Se siente capaz de utilizar las escaleras y no el ascensor que está parado en el piso en que te encuentras	2.38	.762	.597
33. Se siente capaz de evitar comer fuera de los horarios de comida	2.00	.811	.450

34. Se siente capaz de poner más esfuerzo en realizar las sesiones de abdominales o pesas	1.97	.888	.545
35. Se siente capaz de creer que puede comer vegetales frente a personas que están ingiriendo comida chatarra	2.32	.850	.527
36. Se siente capaz de caminar rápido a pesar de que siente que no tiene el rendimiento físico para hacerlo	2.38	.650	.531
37. Se siente capaz de colocar un mayor empeño en cumplir el tiempo establecido para las sesiones de ejercicios	2.36	.705	.582

*Nota. M = Media, DE = Desviación Estándar,  $r_{it}$  = Correlación ítem-total o índice de discriminación.*

En el análisis de esta escala no se excluyeron casos ni ítems, por lo que estos resultados corresponden al 100% de la muestra del estudio, esta escala obtuvo un Alfa de .93.

En la tabla 4 se presenta el análisis de consistencia interna de la Escala de Creencias Irracionales y Conductas Alimentarias Inadecuadas.

*Tabla 4. Análisis de consistencia interna de la escala de Creencias Irracionales y Conductas Alimentarias Inadecuadas*

<b>Reactivos</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b><math>r_{it}</math></b>
1. Cumplo con mis horarios de comida	.36	.484	.378
2. Trato de cumplir siempre mi plan de tratamiento nutricional	.47	.502	.380
3. Si me ofrecen mi comida favorita, aun cuando no tengo hambre, la acepto y me la como	.53	.502	.374
4. Cuando me siento ansioso (a) busco algo de comer	.73	.448	.154
5. Prefiero las bebidas gaseosas a las naturales	.14	.352	.180
6. Prefiero bebidas con azúcar que tomar agua	.31	.466	.275
7. Me tomo más de una bebida azucarada con mis comidas	.23	.426	.299
8. No me gusta tomar agua	.13	.338	.398
9. Para merendar prefiero una galleta o pan antes de una fruta	.39	.491	.422
10. Suelo comer muy tarde en la noche	.36	.484	.369
11. Me gusta comer mientras veo la televisión	.57	.498	.215
12. No disfruto las comidas que son “light”	.14	.352	.235

13. No disfruto hacer ejercicio	.13	.338	.234
14. Suelo comer mucho, aun cuando ya no tengo hambre	.21	.408	.400
15. Si me ofrecen algo de comer, me cuesta no aceptar	.34	.476	.250
16. Comer sano es muy difícil	.23	.426	.376
17. Si hago ejercicio regularmente, puedo comer lo que quiera	.82	.388	-.053
18. El exceso de peso es algo genético y heredado por lo tanto no puedo hacer nada para controlar mi peso	.01	.114	.120
19. Solo me siento feliz cuando estoy comiendo	.04	.196	.214
20. Tengo que comerme todo lo que me sirven en el plato, aun cuando ya esté satisfecho (a)	.29	.455	.251
21. Los alimentos “light” no tienen calorías	.97	.160	.158
22. Es imposible salir a comer y cumplir la dieta	.25	.434	.070
23. Consumo más de 3 bebidas alcohólicas por semana	.18	.388	.074
24. Suelo comer muy rápido	.51	.503	.161

*Nota. M = Media, DE = Desviación Estándar,  $r_{it}$  = Correlación ítem-total o índice de discriminación.*

Al igual que en el análisis de la escala anterior, no se excluyeron casos ni ítems, por lo que estos resultados corresponden al 100% de la muestra del estudio, esta escala obtuvo un Alfa de .700.

Posterior al análisis de consistencia interna de los diferentes ítems, se procedió a construir cada una de las escalas. A continuación, en la tabla 5, se presentan los estadísticos descriptivos de las principales variables estudiadas.

*Tabla 5. Estadísticos descriptivos y de consistencia interna de las escalas*

<b>Escalas</b>	<b>Ítems</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Autoeficacia Percibida	37	79.61	16.15	.930
Creencias Irracionales y Conductas Alimentarias Inadecuadas	24	8.35	3.54	.700

*Nota. M = Media, DE = Desviación Estándar,  $\alpha$  = alfa de Cronbach*

En el caso de la escala de Autoeficacia percibida se obtuvo un promedio de 79.61 y una desviación estándar de 16.15. Los valores de la escala de Creencias Irracionales y Conductas Alimentarias Inadecuadas arrojaron una media de 8.35 con una desviación estándar de 3.54.

### **Análisis principales**

Para comprobar la hipótesis de la investigación se compararon las medias del grupo Tratamiento y el grupo Control para cada una de las variables en estudio y lo mismo se realizó para los hombres y las mujeres.

*Hipótesis: Un patrón de ingesta caracterizado por un repertorio de conductas alimentarias inapropiadas, puede ser un factor predictivo en la dificultad del logro de resultados de pérdida de peso en personas con exceso de peso que cuentan con un tratamiento nutricional para el control del peso.*

En la tabla 6 se presentan los resultados de un análisis de varianza de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos en el grupo Tratamiento y en el grupo Control.

*Tabla 6. Resultados del análisis de varianza de las escalas según grupos*

	Grupo Control		Grupo Tratamiento		F	p	gl
	M	DE	M	DE			
<b>Autoeficacia Percibida</b>	83.58	16.79	75.08	14.31	.687	.020	75
<b>Creencias Irracionales y Conductas Alimentarias Inadecuadas</b>	7.75	3.27	9.02	3.76	.247	.117	75

*Nota. M = Media, DE = Desviación Estándar, F = Prueba de Fisher, p = significancia, gl: grados de libertad.*

Mediante este análisis de *t* de student de muestras independientes se encontraron resultados estadísticamente significativos, donde las personas del grupo control obtuvieron puntuaciones más altas en la variable de Autoeficacia Percibida que las personas del grupo tratamiento,  $t(75) = 2.37, p = .020$ .

En la tabla 7 se presentan los resultados de un análisis de varianza de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos en el grupo según sexo.

*Tabla 7. Resultados del análisis de varianza de las escalas según sexo*

	Mujeres		Hombres		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>gl</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
<b>Autoeficacia Percibida</b>	81.37	15.458	77.38	16.968	.639	.285	75
<b>Creencias Irracionales y Conductas Alimentarias Inadecuadas</b>	7.62	3.408	9.26	3.553	.041	.044	75

*Nota. M = Media, DE = Desviación Estándar, F = Prueba de Fisher, p = significancia, gl: grados de libertad.*

En el análisis de *t* de student de muestras independientes según sexo se encuentran resultados estadísticamente significativos en cuanto a sexo y a la variable Creencias Irracionales y Conductas Alimentarias Inadecuadas, donde los hombres obtuvieron puntuaciones más altas que las mujeres en esta variable,  $t(75) = -2.05, p = .044$ .

Posteriormente se realizó un análisis comparativo intragrupo de los participantes del Grupo Tratamiento, donde se comparan las diferencias entre el peso inicial y peso final por sexo.

Tabla 8. Análisis comparativo intragrupo: Pérdida de peso

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>gl</i>
<b>Sexo</b>	Mujer	14	.957	2.943	.225	.639	34
	Hombre	22	1.064	2.723			

Nota. *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, *F* = Prueba de Fisher, *p* = Significancia, *gl*: grados de libertad.

Tal y como se muestra en la Tabla 8, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la reducción de peso corporal en el grupo tratamiento.

### Análisis de Regresión Múltiple Jerárquica

Se realizó un análisis de regresión moderada de manera jerárquica. En el modelo 1 se incluyeron las variables sexo y edad. En el modelo 2 se adhirieron las variables anteriores más la variable de grupo de tratamiento vs grupo control. En el modelo 3 se incluyeron todas las variables anteriores más las dos variables principales del estudio, la Autoeficacia Percibida y las Creencias Irracionales y Conductas Alimentarias Inadecuadas.

Tabla 9. Regresión múltiple jerárquica de modelos

Variable	Modelo 1					Modelo 2					Modelo 3				
	<i>B</i>	<i>EE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>EE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>EE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Sexo</b>	13.8	3.0	.458	4.603	.000	8.61	2.439	.285	3.533	.001	7.41	2.416	.245	3.068	.003
<b>Edad</b>	.339	.156	.216	2.172	.033	.081	.126	.052	.643	.523	.124	.125	.079	.994	.323
<b>Grupo</b>						18.0	2.534	.599	7.124	.000	17.8	2.559	.594	6.988	.323
<b>Autoeficacia Percibida</b>											.113	.084	.120	1.340	.185
<b>Creencias irracionales</b>											.982	.385	.230	2.554	.013

Nota. *B*= coeficientes no estandarizados beta, *EE* = Error Estándar,  $\beta$  = Beta Estándar, *p* = Significancia

En la tabla 9 se muestra como los resultados del primer modelo indicaron un efecto significativo de la edad ( $B = .34$ ,  $EE = .16$ ,  $\beta = .22$ ,  $t = 2.17$ ,  $p = .03$ ) y el sexo ( $B = 13.84$ ,  $EE = 3.01$ ,  $\beta = .46$ ,  $t = 4.60$ ,  $p = .001$ ) sobre el peso final de la muestra.

En el segundo modelo la edad perdió su significancia ( $B = .08$ ,  $EE = .13$ ,  $\beta = .05$ ,  $t = .64$ ,  $p = .52$ ), además tanto el sexo ( $B = 8.61$ ,  $EE = 2.44$ ,  $\beta = .29$ ,  $t = 3.53$ ,  $p = .001$ ) como el haber participado del tratamiento ( $B = 18.05$ ,  $EE = 2.53$ ,  $\beta = .60$ ,  $t = 7.12$ ,  $p = .001$ ) indicaron un efecto significativo sobre el peso final de las y los participantes.

Para el tercer modelo la inclusión de las variables autoeficacia percibida ( $\beta = .08$ , ns); no indicó un efecto significativo sobre el peso, mientras que las creencias irracionales y conductas alimentarias inadecuadas ( $B = .89$ ,  $EE = .38$ ,  $\beta = .23$ ,  $t = 2.55$ ,  $p = .01$ ) indicó un efecto significativo sobre el peso final.

## Capítulo IV. Discusión

A continuación, se llevará a cabo un análisis integrativo de los principales resultados en esta investigación, mediante la cual se buscó examinar la existencia de alguna influencia entre factores conductuales y cognitivos asociados a la conducta alimentaria y el logro de resultados de pérdida de peso de personas que han sido diagnosticadas con obesidad y sobrepeso en el marco del tratamiento de dietoterapia que es ofrecido por el PREANU-UCR.

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar la influencia de las variables estudiadas de la conducta alimentaria, creencias irracionales de conducta alimentaria y autoeficacia percibida, como factores predictores en los resultados en la pérdida de peso de personas que se encuentran en tratamiento nutricional.

Los principales enfoques de las investigaciones relacionadas con la obesidad y el sobrepeso se han orientado hacia el estudio de factores genéticos y dietéticos y se han dejado de lado otros factores psicológicos relacionados con las conductas y cogniciones de las personas con obesidad y sobrepeso. Ante lo que se proponen los objetivos de esta investigación y las respuestas encontradas.

**¿Cuáles son las principales conductas alimentarias inadecuadas identificadas en los pacientes con exceso de peso del PREANU que cuentan con un plan de tratamiento nutricional para el control del peso?**

En concordancia con los hallazgos encontrados en la revisión bibliográfica con respecto a las conductas alimentarias inadecuadas (Larrañaga y García, 2009; Gómez y Ávila, 1998; Jenaro *et al.*, 2011; Villalobos, 2015 y Moreno, 2012; Montero, Úbeda y García, 2006). Se

puede concluir que las evidencias de estas investigaciones concuerdan con los resultados de esta investigación con respecto a las características de los patrones de ingesta (alto consumo de grasas, bajo consumo de fibra), actividad física (sedentarismo) y estilos de vida (omisión de meriendas o consumo de meriendas altas en grasas y sodio) de las personas participantes de la investigación que son usuarias de los tratamientos dietoterapéuticos del PREANU.

Estas características se describen a continuación:

- Alto consumo de grasas saturadas con una predominancia del consumo de alimentos fritos.
- Poco consumo de frutas, verduras y granos integrales.
- Alto consumo de carbohidratos simples, como pan, repostería, y harinas refinadas.
- Bajo o nulo consumo de lácteos y fuentes de calcio, las principales fuentes de lácteos estaban representadas por quesos procesados, natilla y helados.
- No existía un horario de comidas u se omitían tiempos de alimentación, tales como el desayuno o meriendas.
- Poca actividad física y sedentarismo.
- El ocio por lo general estaba determinado por espacios de descanso, televisión e inactividad.
- Alto consumo de refrescos carbonatados, jugos azucarados y bebidas procesadas, en contraposición a un poco consumo de agua y bebidas sin azúcar.

**¿Es la autoeficacia percibida un factor predictor en el logro de resultados de pérdida de peso en pacientes con obesidad y sobrepeso que cuentan un tratamiento nutricional?**

Según los resultados obtenidos, se encontraron evidencias empíricas que indican que las personas con peso normal presentan mayores niveles de autoeficacia percibida que las personas con sobrepeso y obesidad que se encuentran en tratamiento. Según estos resultados se puede concluir que niveles menores de autoeficacia percibida pueden resultar en mayores dificultades para perder peso, aun cuando se cuenta con un tratamiento nutricional.

En una investigación realizada por Guzmán y cols. (2011) encontraron que los procesos volitivos instituyen patrones comportamentales que intervienen en el control de peso, estableciendo el cómo, cuándo y dónde de la ingesta de alimentos y la realización de actividad física; además del planteamiento de alternativas comportamentales para el control de peso (Guzmán, Gómez, García y del Castillo, 2011).

Estas evidencias también son respaldadas por Campos y cols. (2014), quienes exponen que existen varias investigaciones en las que se han logrado resultados donde una adecuada autoeficacia está vinculada con la emisión de conductas saludables enfocadas al control del exceso de peso (Campos, Argüelles, Vázquez y Ortiz, 2014).

Esta tendencia puede explicarse debido a que la percepción subjetiva de la propia dieta puede influir sobre la motivación para modificar hábitos alimentarios, ya que se ha comprobado que sólo la cuarta parte de los sujetos con obesidad y sobrepeso reconoce que su alimentación no es saludable (Arrebola, Gómez, Fernández, Bermejo y Loría, 2013).

Otro factor asociado es que existen problemas de discordancia entre el estado físico y la autopercepción del mismo, esto significa que muchas veces las personas con obesidad y

sobrepeso subestiman su peso, lo que conlleva a una escasa motivación para perder peso y adoptar conductas saludables (Rodríguez, Hernández, Bolaños, Ruiz y Jáuregui, 2015).

Esta discordancia fue comprobada por Reséndiz y Sierra (2014), ya que encontraron que alrededor del 20% de los pacientes con obesidad presentan distorsiones con respecto a la percepción de su imagen personal. Estas personas perciben su figura ideal con sobrepeso u obesidad en menor grado del que se tiene. Por lo que personalmente no se consideran en riesgo y son menos anuentes a seguir tratamientos para el control del peso (Reséndiz y Sierra, 2014).

En general, la población sabe lo que hay que comer para tener una alimentación saludable y también conoce los beneficios de la actividad física, pero sigue alimentándose mal (López, 2008). Demostrando de esta manera que existe una carencia de factores motivadores y volitivos que lleven a las personas a cambiar su estilo de vida y hábitos alimentarios.

Diversos estudios han encontrado que las personas con sobrepeso presentan problemas en el área afectiva y cognitiva, tales como baja autoestima y autoimagen distorsionada, especialmente en lo referente al propio esquema corporal, observándose una deteriorada imagen de sí mismo y de su cuerpo, además de una baja expectativa de autoeficacia y logro (Gordillo *et al.*, 2011).

Ellis y cols. (1992) también mencionan que las investigaciones que han buscado encontrar diferencias entre el locus de control interno de personas con peso normal y personas con obesidad y sobrepeso han encontrado resultados mixtos, sin embargo, sí existen evidencias de que las personas con exceso de peso tienden a mantener ideas fatalistas con respecto a sus capacidades para controlar sus decisiones (Ellis, Abrams y Dengelegi, 1992).

Estos pensamientos de incapacidad y fatalismo pueden tener relación con los resultados obtenidos en cuanto a la autoeficacia, resultando en niveles menores en esta variable en comparación con personas que no presentan exceso de peso.

Es por esto que cada vez es más evidente la necesidad de que los tratamientos nutricionales y las metas de pérdida de peso incluyan en sus estrategias la evaluación motivacional de sus pacientes y de los posibles problemas psicológicos asociados que pueden existir, y que pueden tener influencia negativa en el logro de resultados de pérdida de peso.

**¿Son las creencias irracionales con respecto a la alimentación factor predictor en el logro de resultados de pérdida de peso en pacientes con obesidad y sobrepeso que cuentan un tratamiento nutricional?**

Los resultados de la investigación encontraron diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones de creencias irracionales de conducta alimentaria entre hombres y mujeres, donde se evidencia que los hombres mantienen más creencias irracionales con respecto a la alimentación que las mujeres.

Sin embargo, por el tamaño de la muestra, los análisis realizados y el tipo de investigación no fue posible comprobar si esta variable tiene alguna influencia sobre los resultados de pérdida de peso de personas con obesidad y sobrepeso que se encuentran en tratamiento dietoterapéutico.

Con relación a los estilos alimenticios no saludables, los hombres los asocian no sólo con la fuerza de voluntad sino con aspectos de restricción alimentaria como eliminar de la dieta dulces, golosinas y comida chatarra; las mujeres manifiestan de forma semejante la restricción alimentaria, además la vinculan con el consumo de alimentos bajos en calorías,

con disciplina. Estos resultados van en la misma dirección de reportes previos sobre el estudio de conductas alimentarias de riesgo, en los que se observó que los hombres y las mujeres practican insistentemente la conducta dietética, aunque los hombres lo hacen en menor medida (Acosta, Llopis, Gómez y Pineda, 2005).

En su investigación sobre conductas alimentarias de riesgo, estos autores lograron comprobar que las mujeres desean ser más delgadas independientemente de su peso, por lo que a su vez muestran una mayor preocupación por el control del peso y la alimentación (Acosta, Llopis, Gómez y Pineda, 2005).

Esta preocupación por la comida y las dietas indica que las preferencias sociales vinculadas erróneamente con la delgadez, junto con el estilo de vida, han afectado notoriamente la conducta alimentaria, así como las actividades que giran alrededor de la comida, incluso en las primeras etapas de vida (León, Gómez y Platas, 2008; Gila, Castro, Toro y Salamero, 2004 en Guzmán *et al.*, 2011).

Se puede hipotetizar que estos factores influyen indirectamente en la información que manejan las mujeres con respecto a la alimentación, haciéndolas más anuentes a informarse sobre dietas y la alimentación en general.

A su vez, tal como lo mencionan Silva, Mendoza y González (2014), son pocas las investigaciones sobre alimentación y rol de género en varones, aunque en algunos estudios se menciona que puede existir una asociación entre el rol de género y actitudes poco saludables hacia la alimentación en ellos (Behar, De la Barrera, y Michelotti, 2002; Blashill, 2011; McCabe, Ricciardelli, y Rigge, 2006; Meyer, Blissett, y Oldfield, 2001 en Silva, Mendoza y González, 2014).

En el estudio realizado por López (2008), en el cual se evalúan las etapas de cambio conductual, motivación y acciones tomadas con respecto a mejoras en la alimentación y control del peso; se encontró que en cuanto al control del peso los hombres presentan patrones de conducta ligadas a la precontemplación y contemplación, mientras que las mujeres están más orientadas a las etapas de preparación para la acción y acción (López, 2008).

En la investigación realizada por Montero, Úbeda y García (2006), sobre la evaluación de hábitos alimentarios y educación nutricional en estudiantes universitarios, se encontró que en las últimas décadas se observa una preocupación creciente, tanto en hombres como mujeres, por mantener o conseguir una imagen corporal delgada, aunque esta tendencia es más marcada en las mujeres. Estos hallazgos a su vez se relacionan con estudios anteriores en los que se comprobó la existencia de una gran disconformidad entre la imagen corporal actual y la deseada, especialmente en el género femenino, lo que conlleva que la tendencia de las mujeres a seguir métodos de control de peso con más frecuencia que la población masculina (Montero, Úbeda y García, 2006).

De hecho, uno de los hallazgos de la investigación realizada por dichos autores permite concluir que las mujeres sobreestimaban la talla y subestimaban el peso. Esta disconformidad con el peso les conduce a realizar dietas de adelgazamiento, aunque ni siquiera se encuentren en una situación de sobrepeso, y a unas conductas alimentarias incorrectas como reducir el número de ingestas diarias cambiar la ingesta de varios alimentos (Montero, Úbeda y García, 2006).

La presión que ejercen los modelos normativos, los estereotipos inalcanzables de delgadez y los estándares de belleza pueden provocar alteraciones de la imagen y trastornos de

las conductas alimentarias, sobre todo en las mujeres donde los estándares de belleza y los estereotipos corporales son muy rígidos (Pastor y Bonilla, 2000 en Limiñana, 2013).

Así pues, los roles de género y las expectativas socioculturales parecen fuertemente implicadas en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, debido al énfasis permanente en el atractivo físico y la delgadez, factores que inciden de forma especial en el desarrollo de la imagen corporal de la mujer (Limiñana, 2013).

Estas conductas, a su vez, se relacionan con conductas alimentarias de riesgo relacionadas con los métodos de control de peso, que a su vez se presentan en mayor medida en mujeres que en hombres. Siendo la mujer más susceptible al consumo de información relacionada con ideales de belleza establecidos socialmente donde se reafirman ideas y estereotipos sobre la apariencia física, belleza, delgadez y la restricción de comidas y alimentos como cualidades femeninas (López, Molina y Rojas, 2008).

**¿Existen diferencias por sexo en cuanto al logro de resultados de pérdida de peso en pacientes diagnosticados con obesidad y sobrepeso cuando se cuenta con un tratamiento de control nutricional?**

Según los resultados obtenidos en esta investigación se puede afirmar que no se encontraron evidencias empíricas de que pueden existir diferencias entre sexos en cuanto a la consecución de logros de pérdida de peso, en personas diagnosticadas con obesidad y sobrepeso que cuentan con un tratamiento nutricional para el control del peso.

A la luz de estos resultados se revisaron otras investigaciones que han identificado diferencias entre sexo en tratamientos similares para el control del peso. Como lo indican García, Rizo y Cortés (2015) en su investigación, la mayoría de los pacientes que participan

en el tratamiento dietético, obtienen pérdida. Ellos encontraron, sin embargo, que los pacientes que tienen más dificultades para perder peso y grasa son los hombres menores de 25 años que previamente han sido diagnosticados con obesidad.

Investigaciones como la de Arroyo y cols. (2006) han encontrado que existen ciertas diferencias en cuanto a la calidad de la dieta, hábitos alimentarios y prevalencia de la obesidad y el sobrepeso. Estos autores encontraron que la calidad de la dieta varía por sexo y que son particularmente las mujeres quienes en su mayoría mantienen una mejor alimentación (Arroyo, Rocandio, Ansotegui, Pascual, Salces y Rebato, 2006).

Si bien en la literatura se reportan diferencias en el estado nutricional según las variables sociodemográficas, incluyendo el sexo, no se han encontrado diferencias significativas entre la adherencia y las condiciones sociodemográficas (González, Giraldo, Estrada, Muñoz, Mesa y Herrera, 2007).

## Capítulo V. Conclusiones

El acercamiento logrado por medio de esta investigación con respecto a las variables cognitivas y conductuales que pueden influir el éxito de logro de resultados de pérdida de peso en tratamientos nutricionales, es solamente uno de los pasos necesarios para poder abordar de manera integral la problemática actual del incremento de los casos de pacientes con obesidad y sobrepeso a nivel mundial y nacional.

A nivel conductual fue posible identificar que la mayoría de pacientes con obesidad y sobrepeso que asisten a los servicios dietoterapéuticos brindados por el PREANU presentan conductas alimentarias inadecuadas como alto consumo de grasas saturadas, baja ingesta de fibra de fuente vegetal, alto consumo de carbohidratos simples, bajo o nulo consumo de lácteos y fuentes de calcio, inexistencia de un horario de comidas y rutina de actividad física y poco consumo de agua. Las cuales también concuerdan con las conductas alimentarias inadecuadas que han sido identificadas en otras investigaciones.

Si bien parece que la información nutricional se encuentra al alcance de las personas, específicamente cuando se cuenta con un tratamiento de control nutricional, es un hecho constatado que la población no ha modificado sensiblemente sus hábitos pese a contar con la información suficiente. Son muchos los factores que condicionan unos hábitos alimentarios inadecuados, los factores sociales, culturales y económicos, además de las preferencias alimentarias (Montero, Úbeda y García, 2016).

El tratamiento a pacientes con exceso de peso debe ser abordado de manera multidisciplinaria, involucrando aspectos a médicos, nutricionales y psicológicos;

contemplando entre sus principales variables la dietoterapia con énfasis en una ingesta nutricional balanceada, actividad física regular y procesos de modificación conductual-cognitiva que han comprobado su efectividad al momento de modificar los hábitos de alimentación y de actividad física de este tipo de pacientes (Cuevas y Reyes, 2005).

El nivel de conocimiento en temas relacionados con la alimentación y nutrición son importantes determinantes de los hábitos de consumo alimentario a nivel individual. Sin embargo, para la adquisición de hábitos dietéticos saludables, no parece suficiente que los conocimientos sean correctos, es necesario también que se produzca la modificación o abandono de estos hábitos alimentarios insanos y erróneos, para poder conseguir una dieta sana y equilibrada (Montero, Úbeda y García, 2016).

En lo que respecta a las variables psicológicas estudiadas, la autoeficacia percibida parece ser un factor que tiene influencia sobre el logro de objetivos de pérdida de peso en personas con obesidad y sobrepeso, en el sentido que estas personas presentan niveles más bajos de autoeficacia percibida que las personas con peso normal.

Con respecto a las creencias irracionales de conducta alimentaria se encontraron diferencias en los esquemas cognitivos de hombres y mujeres, siendo los hombres quienes mantienen mayores creencias irracionales con respecto a la alimentación. Por lo que parece necesario brindar una mejor educación nutricional a los hombres para que puedan modificar dichas creencias y llevar estilos de vida más saludables.

A pesar de estas diferencias en los estilos cognitivos entre hombres y mujeres, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la pérdida de peso entre hombres y mujeres con obesidad y sobrepeso que se encuentran en tratamiento. Por lo que parece interesante

llevar a cabo investigaciones que indaguen estas diferencias cognitivas y como afectan los tratamientos nutricionales.

Finalmente, para responder a la hipótesis de la investigación se puede concluir que los factores cognitivos de la conducta alimentaria, específicamente desde la variable de la autoeficacia percibida si puede considerarse como un factor predictivo en la dificultad del logro de resultados de pérdida de peso en personas con exceso de peso que cuentan con un tratamiento nutricional para el control del peso, ya que estas personas presentaron menores puntajes en cuanto a esta variable que las personas de peso normal que no cuentan con tratamientos nutricionales. Por lo que se acepta de manera parcial la hipótesis propuesta.

De manera general los resultados parecen apuntar hacia la necesidad de incluir modificaciones a los estilos cognitivos y motivacionales de los pacientes, como una de las claves para lograr mejores resultados en el logro de objetivos de pérdida de peso en personas con exceso de peso que siguen un tratamiento nutricional.

Es decir, los especialistas en nutrición y psicología deben promover una mayor confianza y motivación en los pacientes, ya que al largo plazo estas modificaciones pueden resultar en un mayor logro de objetivos de pérdida de peso, al igual que buscar cambiar las ideas y conductas inadecuadas que los pacientes mantienen pueden beneficiar al paciente y su adherencia al tratamiento.

Estos resultados son solamente un eslabón más en las futuras rutas de investigación y análisis para la comprensión y mejora del tratamiento de la obesidad y el sobrepeso.

Es interesante encontrar que estas variables han sido tan escasamente estudiadas en la literatura y que por el contrario el enfoque de las investigaciones ha estado orientado a

prescribir dietas restrictivas o tratamientos estandarizados que causan mucha frustración a los pacientes.

Este enfoque parece ser contradictorio a la mayoría de recomendaciones y seguimiento del tema que se ha propuesto, puesto que dejar de lado la motivación de las personas, sus creencias y costumbres hace que el tratamiento sea despersonalizado y ajeno, provocando mayor resistencia a lograr cambios verdaderos y duraderos y por lo tanto a lograr que estos cambios se traduzcan en pérdida de peso y a la adquisición de nuevos estilos de vida, cada vez más saludables, equilibrados y fáciles de mantener a lo largo de la vida.

Estos resultados a la vez nos indican, tal y como se menciona frecuentemente en la literatura, la necesidad de buscar un abordaje multidisciplinario e integral que no solamente se centre en las variables nutricionales y dietéticas, sino que también se incluyan las particularidades conductuales y cognitivas de los pacientes para garantizar tanto un tratamiento más personalizado, como mejores resultados.

## Capítulo VI. Limitaciones

Una de las principales dificultades que se encontró al iniciar con el estudio fue la obtención de una muestra representativa y lo más limpia posible. Esto debido a que existe una gran diversidad con respecto a las personas usuarias de los servicios del PREANU, si bien la población total usuaria de estos servicios oscila entre las 400 y 500 personas, gran porcentaje de estos usuarios son mujeres embarazadas, niños y niñas con problemas de desnutrición u obesidad infantil y personas con problemas metabólicos tales como diabetes, síndrome metabólico y dislipidemias. También fue necesario excluir a personas con obesidad mórbida y con trastornos de alimentación como anorexia y bulimia.

Por lo tanto, fue necesario aplicar controles rigurosos en la revisión de los criterios de inclusión de los participantes para que los mismos no tuvieran condiciones asociadas que podrían afectar en la consecución de sus objetivos con respecto a la pérdida de peso. Esto hizo que el porcentaje de la población participante fuera reducido y de ahí que los resultados de la investigación no tengan un impacto mayor.

Otro de los problemas presentados con respecto a la muestra y el tratamiento, fue la periodicidad de las citas ya que estas son brindadas cada dos o tres meses lo que dificulta tanto el control de los pacientes, su asistencia y la adhesión al tratamiento. Esta situación también puede generar que los pacientes no vean resultados tangibles del tratamiento, pierdan su motivación y al largo plazo abandonen el programa de tratamiento.

También se encontraron limitaciones con respecto a la disponibilidad de instrumentos para la medición de variables conductuales y cognitivas relacionados con los hábitos y

conducta alimentaria. De ahí que fuera necesario construir una escala para evaluar e identificar las creencias irracionales de conducta alimentaria.

El grueso de la información disponible se enfoca en el estudio de Trastornos de la Alimentación tales como la Anorexia, la Bulimia, Atracones o el Síndrome de Comedor Nocturno, dificultando entonces el estudio de los factores psicológicos de la obesidad y el sobrepeso.

En general existen pocos instrumentos que se enfoquen en la medición de variables conductuales y cognitivas asociadas a los problemas de exceso de peso, desde temas como la motivación hasta hábitos alimentarios, esto a la vez dificulta la evaluación de estos factores dentro de los tratamientos ofrecidos.

## Capítulo VII. Recomendaciones

### Recomendaciones generales

Es necesario avanzar en el estudio y comprensión de variables cognitivo-conductuales asociadas al sobrepeso y la obesidad ya que la mayoría de investigaciones se han enfocados en su génesis fisiológica, genética, epidemiología y tratamiento nutricional, dejando de lado variables personales y actitudinales que también deberían ser importantes al momento de abordar, investigar y explicar una situación tan multifactorial como lo es el incremento del peso de las población mundial y sus consecuencias para la salud pública y mental.

Es necesario proponer nuevas líneas de trabajo para las para futuras investigaciones de la obesidad y el sobrepeso para asegurar una visión completa de estos problemas y evitar sesgos de interpretación. Estos autores proponen que es necesario empezar a analizar la importancia del estrés en el desarrollo de la obesidad y las consecuencias en el metabolismo de la hormona cortisol, segregada en situaciones estresantes. Además de señalar que los factores psicológicos son de gran importancia y construyen la base donde se asienta el problema del exceso de peso. Futuras investigaciones deben profundizar y evaluar las correlaciones, la intensidad de los factores psicológicos y el incremento del IMC (López y Garcés, 2016).

Se recomienda aumentar las investigaciones sobre los factores predictivos que afecten a la pérdida de peso y grasa, en los tratamientos dietéticos más utilizados. A la vez que parece necesario diseñar esquemas prácticos en el proceso de pérdida en el sobrepeso y obesidad,

para facilitar el diseño de objetivos reales, según el IMC inicial y el variable en el tratamiento dietético (García, Rizo y Cortés, 2015).

A la luz de los resultados obtenidos y de la escasa literatura encontrada con respecto al abordaje de la alimentación y educación nutricional en pacientes masculinos también parece relevante iniciar líneas investigativas que se centren en el estudio de la relación de los hombres con la alimentación, principalmente con respecto a sus pensamientos y conductas alimentarias. Como fue comprobado en esta investigación, los hombres manejan mayores creencias irracionales y conductas alimentarias inadecuadas que las mujeres, lo cual los hace más propensos a tener una mayor incidencia en hábitos alimentarios inadecuados y consecuentemente a sufrir mayor afectación en su peso y salud en general.

### **Recomendaciones específicas**

Tomando en cuenta los resultados y las limitaciones enfrentadas, sería interesante realizar un estudio de estas y otras variables psicológicas y cognitivas bajo una metodología experimental (pre-test post-test), donde no solo se aplique una intervención nutricional, sino que también se evalúen las variables conductuales y cognitivas a la luz de una intervención psicológica orientada al tratamiento de la obesidad y el sobrepeso, tanto antes como después de la aplicación de alguna intervención psicológica y nutricional.

También puede resultar enriquecedor realizar un análisis más a profundidad de estas variables en una muestra mayor y con personas que no tengan un diagnóstico de obesidad o sobrepeso, para poder identificar claramente cuales variables cognitivas y conductuales pueden ser consideradas variables protectoras contra la obesidad y el sobrepeso y utilizarlas

como herramientas clínicas que promuevan cambios en estilos de vida y hábitos alimentarios de poblaciones en riesgo.

A nivel del tratamiento nutricional se recomienda, en la medida de lo posible, implementar cambios en la atención, tanto en el abordaje como en la periodicidad de las citas, con el objetivo de tener un mayor y mejor contacto con los pacientes.

Esto aunado a una estrategia interdisciplinar, mediante convenios con la Escuela de Psicología, puede generar una mejora en la aplicación de los tratamientos y en el mediano plazo una mejora en el logro de resultados de pérdida de peso en pacientes con obesidad y sobrepeso, ya que como ha sido mencionado anteriormente existen evidencias de que un tratamiento integral de esta problemática puede generar mejores resultados.

Finalmente se espera que los resultados cuantitativos y cualitativos de esta investigación puedan ser utilizados como referencia de futuras investigaciones de estas y otras variables en el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso y que sean reflejo de la dificultad que puede representar el análisis de este tipo de variables cognitivas y conductuales de la conducta alimentaria.

### Referencias

- Abad, F., Rivero, J., Fandiño, E., Vera, J., Vera, M. & Montero, L. (2012). Percepción de la propia imagen corporal en pacientes obesos o con sobrepeso. *ENE. Revista de Enfermería*; 6 (2): 24-31.
- Acosta, M., Llopis, J., Gómez, G. & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*; 5 (3): 223-232.
- Aguilera, V., Leija, G., Rodríguez, J., Trejo, J. & López, M. (2009). Evaluación de cambios de Esquemas Tempranos Desadaptativo y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal. *Revista Colombiana de Psicología*.; 18 (2): 167-166.
- Alvarado, A., Guzmán, E. & González, M. (2005). Obesidad: ¿Baja Autoestima? Intervención Psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*; 10 (2): 417-428.
- Álvarez, V. (2012). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Rev. Med. Clin. Condes*; 23 (2): 173-179.
- Amzallag, W. (2000). De perder peso al control del peso: experiencia de un programa. *Revista Cubana de Investigación*; 19 (2): 98-115.
- Arauz, A., Roselló, M., Padilla, G., Rodríguez, O., Jiménez, M. & Guzmán, S. (1997). Modificación de prácticas alimentarias en diabéticos no insulino dependientes: efectos de una intervención educativa multidisciplinaria. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas* [online]; 18 (1): 15-29.
- Arrebola, E., Gómez, C., Fernández, C., Bermejo, L. & Loria, V. (2013). Eficacia de un

programa para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad no mórbida en atención primaria y su influencia en la modificación de estilos de vida. *Nutrición Hospitalaria*; 28 (1): 137-141.

Arroyo, M., Rocandio, A., Ansotegui, L., Pascual, E., Salces, I. & Rebato, E. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*; 21(6):673-679.

Astudillo, C. & Rojas, M. (2006). Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*; 9 (1): 41-49.

Atalah, E. (2012). Epidemiología de la obesidad en Chile. *Rev. Med. Clin. Condes*; 23 (2): 117-123.

Barceló, M. & Borroto, G. (2001). Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*; 20 (4): 287-295.

Basulto, J., Bultó, L., Chamorro, M., Lafuente, C., Martín, E. & Porta, G. (2008). Análisis de un programa de pérdida de peso con sustitutos de comidas sobre el control del peso y parámetros bioquímicos en pacientes con sobrepeso y obesidad grado I. *Nutrición Hospitalaria*; 23 (4): 388-394.

Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; XXXV: 4: 537-546.

Beumont, P., AL-Alami, M. & Touyz, S. (1988). Relevance of a standard measurement of undernutrition to the diagnosis of anorexia nervosa: Use of the Quetelet's body mass index (BMI). *International Journal of Eating Disorders*; 7: 399-405.

Bonfanti, N., Fernández, J., Gómez, F. & Pérez, F. (2014). Efecto de dos dietas hipocalóricas

y su combinación con ejercicio físico sobre la tasa metabólica basal y la composición corporal. *Nutrición Hospitalaria*; 29 (3): 635-643.

Cabello, M. & Ávila, M. (2009). Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores. *Iberóforum Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*; IV (8): 82-104.

Campos, Y., Argüelles, V., Vázquez, F. & Ortiz, M. (2014). Autorregulación, Autoeficacia y Orientación Nutricional para la Disminución del Exceso de peso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*; XXIII (2): 163-170.

Carbonero, A., Martín, L. & Feijó, M. (2010). Las creencias irracionales en relación a ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*; 3 (2): 287-298.

Cebolla, A., Baños, R., Botella, C., Lurbe, E. & Torró, M. (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*; 16 (2): 125-134.

Cooper, Z., & Fairburn, C. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behavioural Research and Therapy*; 39 (5): 499–511.

Córdoba, R., Cabezas, C., Camaralles, F., Gómez, J., Díaz, D., López, A. Marqués, F., Muñoz, E., Navarro, B. & Ramírez, J. (2012). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*; 44 (1): 16-22.

Cuevas, A. & Reyes, M. (2005). Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora?. *Rev Med Chile*; 133: 713-722.

De la Vega, R. & Cruz, L. (2018). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en factores

asociados a la obesidad: un estudio de caso. *Psicología y Salud*; 28 (1): 85-94.

Elizagárate, E., Ecurra, J. & Sánchez, P. (2001). Obesidad. *Salud Global*; 3: 1-7.

Ellis, A., Abrams, M. & Dengelegi, L. (1992). *The Art & Science of Rational Eating*. New Jersey: Barricade Books Inc.

Esquivel, V. (2004). Factores asociados a la obesidad en mujeres en edad fértil. *Revista costarricense de salud pública* [online]; 13 (25): 42-47.

García, M., Rizo, M & Cortés, E. (2015). Factores predictores de pérdida de peso y grasa en el tratamiento dietético: sexo, edad, índice de masa corporal y consulta de asistencia. *Nutrición Hospitalaria*; 32(3):1028-1035.

González, M. & Lugli, Z. (2012). Control Personal de la Conducta y Adhesión Terapéutica en Balón Intragástrico Bioenterics. *Gen [online]*; 66 (4): 250-259.

Gómez, G. & Ávila, E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Revista Iberoamericana de Psicología*; 6 (2): 10-22.

González, L., Giraldo, N., Estrada, A., Muñoz, A., Mesa, E. & Herrera, C. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y la composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Revista Chilena de Nutrición*; 34 (1), 0.

Gordillo, F., Mestas, L., Arana, J., Salvador, J., Gordillo, A. & Tinao, F. (2011). ¿Son relevantes los procesos volitivos y de autorreflexión en los programas de reducción de peso?. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*; 2: 94-103.

Guzmán, R. & Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: Un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica*; 16 (2): 37-50.

- Guzmán, R., Gómez, G., García, M. & del Castillo, A. (2011). Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso en Población Mexicana. *Psicología Iberoamericana*; 19 (2): 78-88.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hidalgo, C. & Gottlieb, B. (2001). Comportamiento interpersonal de pacientes obesos y su relación con el éxito en un tratamiento para bajar de peso. *PSYKHE*; 10 (1): 59-68.
- Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez, E. & Celis, A. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*; 9 (1): 1-21.
- Jenaro, C., Flores, N., Bermejo, B. & Cruz, M. (2011). Cuestionario de imagen corporal para la detección temprana de trastornos de la conducta alimentaria. *Acción Psicológica*; 8 (1): 7-20.
- Korbman, R. (2010). Obesidad en adultos: Factores médicos, sociales y psicológicos. *Anales Médicos*; 55 (3): 142-146.
- Lara, C. & Saucedo, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas en la ciudad de México. *Salud Mental*; 29 (3): 60-67.
- Lara, M. & Amigo, H. (2011). ¿Qué tipo de intervención tiene mejores resultados en la disminución de peso en adultos con sobrepeso y obesidad? Revisión Sistemática y Metaanálisis. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*; 61 (1): 45-54.

- Larrañaga, A. & García, R. (2009). Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutrición Hospitalaria*; 24 (6): 661-666.
- Leija, G., Aguilera, V., Lara, E., Rodríguez, J., Trejo, J. & López, M. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionadas con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*; 1 (2): 19-28.
- Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. 2da Reimpresión. España: Siglo XXI.
- Lega, L., Sorribes, F. & Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual. Una versión teórica-práctica actualizada*. España: Paidós.
- Limiñana, R. (2013). Imagen corporal, identidad de género y alimentación. *Dossiers Feministes*; 17: 99-104.
- López, M. (2008). Etapas del cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico de estudiantes de la Universidad del Desarrollo, Sede Concepción, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*; 35 (3): 215-224.
- López, J. & Garcés, E. (2012). Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria*; 27 (6): 1810-1816.
- López, J. & Garcés, E. (2016). Actualización del modelo explicativo de la obesidad y sus conductas de riesgo: estudio preliminar. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*; 36 (4): 48-53.
- López, F., & Godoy, J. (1994). Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad. *Psicothema*; 6 (3): 333-345.

- López, P., Molina, Z. & Rojas, L. (2008). Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Mérida. *Anales Venezolanos de Nutrición*; 21 (2): 85-90.
- Lora, C. & Saucedo, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*; 29 (3): 60-67.
- Lugli, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*; 9 (17): 43-56.
- Lugli, Z. & Vivas, E. (2001). Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. *Revista Salud Pública de México*; 43 (1): 9-16.
- Lugli, Z. & Vivas, E. (2011). Construcción y validación del Inventario de Locus de Control del Peso: resultados preliminares. *Psicología y Salud*; 21 (2): 165-172.
- Mata, C. (2005). Cuidado con una nutrición deficiente en nuestros niños en cantidad y calidad. *Ciencia, Conocimiento y Tecnología*; 13: 5-6.
- Márquez, B., Armendáriz, A., Bacardí, M. & Jiménez, A. (2008). Revisión de ensayos clínicos controlados mediante cambios en el comportamiento para el tratamiento de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*; 23 (1): 1-5.
- Martin, P., Dutton, G. & Brantley, P. (2004). Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women. *Obesity Research*; 12(4): 646-51.
- Merino, H., Pombo, M. & Godas, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*; 13 (4): 539-545.
- Ministerio de Salud. (2009a). *Encuesta Nacional de Nutrición: Fascículo 1: Antropometría*.

San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2009b). *Encuesta Nacional de Nutrición: Fascículo 6: Trastornos de la Conducta Alimentaria*. San José, Costa Rica.

Montero, A., Úbeda, N. & García, A. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*; 21 (4): 466-473.

Moreno, M. (2012). Definición y Clasificación de la Obesidad. *Rev. Med. Clin. Condes*; 23 (2): 124-128.

Olivari, C. & Urra, C. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*; XIII (1): 9-15.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Obesidad y Sobrepeso*. Centro de Prensa: Nota Descriptiva 311.

Osorio, J., Weisstaub, G. & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*; 29 (3): 1-9.

Pajuelo, J., Bernui, I., Castillo, A., Cabrera, S. & Cuba, J. (2013). Comparación de la ingesta de energía y nutrientes en adolescentes mujeres con sobrepeso y obesidad. *An Fac Med.*; 74 (1): 15-20.

Peña, E. & Reidl, L. (2015). Las emociones y la conducta alimentaria. *Acta de Investigación Psicológica*; 5 (3): 2182-2193.

Prieto, A. & Muñoz, A. (2015). Bienestar subjetivo e imagen corporal en estudiantes universitarias de Arequipa. *LIBERABIT*; 21 (2): 321-328.

- Reséndiz, A. & Sierra, M. (2014). Capítulo 11: Psicopatología e intervención Cognitivo-Conductual del paciente con obesidad. En L. Reynoso & A. Becerra (Coords). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 213-236). México: Qartuppi.
- Rodríguez, M., Hernández, J., Bolaños, P., Ruiz, I. & Jáuregui, I. (2015). Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*; 32 (4): 1786-1796.
- Rodríguez, A., Rique, M. & De Carvalho, M. (2005). Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estudos de Psicologia*; 10(1): 121-129.
- Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M. & Lugli, Z. (2007). Construcción y validación del Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso. *Clínica y Salud*; 18 (1): 45-56.
- Rosales, Y. (2012). Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*; 27 (6): 1803-1809.
- Ruiz, V., Berrocal, C., López, A. & Rivas, T. (2003). Autoeficacia en el control de ingesta. Adaptación al castellano de la Eating Self-Efficacy Scale. *Psicothema*; 15 (1): 36-40.
- Salazar, Z. (2012). El Test de Actitudes hacia la Alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. *Actualidades en Psicología*; 26: 51-71.
- Sánchez, J. & Pontes, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control del peso. *Nutrición Hospitalaria*; 27 (6): 2148-2150.
- Sánchez, F. & Sanz, B. (2016). Dieta e hidratación en la prevención y tratamiento de la obesidad. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*; 82 (Ed. Especial): 106-128.

- Sedó, P. (2014). *Programa de Educación y Atención Nutricional Universitario*. Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica.
- Serpa, J., Castillo, E., Gama, A. & Giménez, F. (2017). Relación entre actividad Física, composición corporal e imagen corporal en estudiantes universitarios. *Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte*; 6 (2): 39-48.
- Silva, C., Mendoza-Jiménez, I. & González-Alcántara, K. (2014). Varones adolescentes Rol de Género y actitudes hacia el peso y la alimentación. *Revista Mexicana de Psicología*; 31 (1): 50-57.
- Socarrás, M., Bolet, M. & Licea, M. (2002). Obesidad: tratamiento no farmacológico y prevención. *Revista Cubana de Endocrinología* [online]; 13 (1): 35-42.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad SEEDO. (2007). Consenso SEEDO para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (Versión íntegra). *Revista Española de Obesidad*: 7-48.
- Tamayo, D. & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*; 6 (1): 91-112
- Tárraga, M., Rosich, N., Panisello, J., Gálvez, A., Serrano, J., Rodríguez, J. & Tárraga, P. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*; 30 (4): 741-748.
- Vásquez, V. & López, J. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*; 9 (2): 91-96.
- 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 de Getsemaní, San Rafael de*

*Heredia* (Tesis de Maestría en Nutrición Clínica). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Villalobos, V., Campos, I., Camarillo, G. & Enríquez, R. (2012). Instrumentos para evaluar el cambio de hábitos relacionados con el control del peso. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 13 (1).

Villalonga, L., Repetti, M. & Delfante, A. (2008). Tratamiento de la obesidad. Abordaje Nutricional. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires*; 28 (2): 63-70.

Villareal, S. (2003). Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de la Anexión. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social* [online]; 11 (1): 83-96.

Yeste, D., García, N., Gussinyer, S., Marhuenda, C., Clemente, M., Albisu, M., Gussinyer, M. & Carrascosa, A. (2008). Perspectivas actuales del tratamiento de la obesidad infantil. *Revista Española de Obesidad*; 6 (3): 139-152.

## Anexos

### Anexo 1. Fórmula de Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN**

**COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO**

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

## FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser participante de investigación)

Influencia de las Conductas Alimentarias en la pérdida de peso de personas dietantes del  
PREANU-UCR

Nombre de la investigadora: Tatiana Durán Piedra

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

- A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Tatiana Durán, estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica, está realizando una investigación con fines académicos acerca de la influencia de las conductas alimentarias en la pérdida de peso de personas que cuentan con un tratamiento para el control del peso en el PREANU-UCR.

El propósito de la investigación es obtener aprendizaje y evidencias de la relación entre la conducta alimentaria, es decir la forma en la que las personas llevan a cabo su alimentación y el control del aumento o reducción del peso.

Es por esto que se requiere de su participación para responder a dos (2) cuestionarios que evalúan creencias personales sobre la alimentación.

Además, se requiere de su autorización para obtener datos sobre su peso (IMC, porcentaje de grasa, peso en kilogramos), los cuales se encuentran en su expediente del

PREANU-UCR y que han sido obtenidos anteriormente como resultado de las mediciones de peso para el control de los avances del tratamiento de control nutricional del cual usted es usuario.

- B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Si acepta participar en esta investigación deberá responder dos (2) cuestionarios sobre conductas alimentarias. La duración estimada para llenar ambos instrumentos es de aproximadamente 15 minutos. Además, se obtendrán datos de su expediente del PREANU-UCR con respecto a las mediciones de peso (IMC, porcentaje de grasa y peso en kilogramos) de tres momentos, una medición anterior, una actual y una posterior.

Una vez finalizada la investigación los resultados obtenidos se presentarán en un Trabajo Final de Graduación y se almacenara en los archivos del sistema universitario de bibliotecas de la Universidad de Costa Rica, con fines académicos.

- C. RIESGOS:** La participación en este estudio no significa ningún riesgo o molestia para su persona. Los datos obtenidos serán utilizados de manera confidencial y únicamente para los fines de esta investigación.
- D. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio no obtendrá ningún beneficio directo. Sin embargo, es posible que gracias al desarrollo de esta investigación se pueda obtener conocimientos sobre la influencia de la conductas alimentarias y su papel en la pérdida de peso de personas que cuentan con un tratamiento nutricional, lo cual puede ser útil para el establecimiento de mejores tratamientos nutricionales y este conocimiento puede llegar a beneficiar a otras personas en el futuro.
- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Tatiana Durán sobre la investigación y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Tatiana Durán al teléfono 88-75-54-69 en el horario de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. de lunes a viernes.

Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al

teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 25-11-4201 ó 25-11-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

### **CONSENTIMIENTO**

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, cédula y firma del sujeto	fecha
-----------------------------------	-------

---

Nombre, cédula y firma del testigo	fecha
------------------------------------	-------

---

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento	fecha
--	-------

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149 REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.

CELM-Form.Consent-Inform 06-08

## Anexo 2: Inventario de Autoeficacia percibida para el control del peso de Zoraide Lugli (2011)

Este instrumento fue editado para su uso en esta investigación, las ediciones realizadas solamente afectan la forma y no el contenido de los ítems. El objetivo de la edición es utilizar palabras que sean más conocidas para la muestra costarricense.

<b>Instrucciones</b>				
<p>A continuación, se presentan una serie de afirmaciones sobre el nivel de confianza que usted posee para llevar a cabo eficientemente diferentes actividades destinada al control del peso. No se le pregunta sobre el grado de agrado o desagrado experimentado por las actividades mencionadas, sino por la confianza que usted siente en su habilidad actual para realizarlas exitosamente.</p> <p>Se cuenta con cuatro (4) opciones de respuesta: Incapaz de poder hacerlo, Poco capaz de poder hacerlo, Bastante capaz de poder hacerlo, Seguro de poder hacerlo. Marca con una X la opción con que más se identifique (una sola opción).</p> <p>Por favor, responda a todas las preguntas, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.</p>	<b>Incapaz de poder hacerlo</b>	<b>Poco capaz de poder hacerlo</b>	<b>Bastante capaz de poder hacerlo</b>	<b>Seguro de poder hacerlo</b>
<b>Se siente capaz de:</b>				
1. Evitar ver la televisión o leer mientras come				
2. Aumentar paulatinamente el tiempo de duración de su rutina de ejercicios				
3. Comer despacio si se siente nervioso(a)				
4. Seguir caminando y no utilizar algún tipo de transporte				
5. Evitar comer alimentos chatarras (perro caliente, hamburguesa, pollo frito, etc.)				
6. Realizar deporte a pesar de que no contar con los medios económicos inmediatos				
7. Pensar que tiene la fuerza de voluntad de dejar de comer golosinas				
8. Prescindir del chocolate u otras golosinas que come regularmente si se siente presionado(a)				
9. Subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las escaleras eléctricas o el ascensor				
10. Realizar meriendas bajas en calorías				
11. Creer que respetando horarios de comida contribuye a controlar su peso				
12. Trotar de manera regular				
13. Al comer en grupo, reducir la cantidad de alimentos que consume				

14. Poner más esfuerzo de su parte para subir y bajar escaleras				
15. Evitar comer comida chatarra cuando almuerza o cena fuera de casa				
16. Realizar sesiones en casa de abdominales o pesas				
17. Evitar los dulces				
18. Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas				
19. Caminar rápido a pesar de que no te gusta				
20. Insistir en la compra de alimentos bajos en calorías				
21. Realizar tu rutina de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerla				
22. Eliminar de tu dieta los dulces y golosinas				
23. A pesar de que estés cansado(a) usar las escaleras y no el ascensor				
24. Estar en una panadería y comprar un yogurt en vez de una pizza				
25. Realizar algún tipo de ejercicio de forma constante				
26. Evitar picar de lo que haya en la nevera o en la despensa si te sientes muy nervioso(a)				
27. Pensar que realizando las 3 comidas diarias bajas en grasas contribuyes a controlar tu peso				
28. Quedarte un poco lejos de tu sitio de destino con la finalidad de caminar más				
29. Evitar dejar de cenar si te sientes bajo presión				
30. Cumplir con el tiempo estipulado en tu rutina de ejercicios a pesar de que sientes que no puedes				
31. Evitar comer alimentos poco sanos entre comidas				
32. Utilizar las escaleras y no el ascensor que está parado en el piso en que te encuentras				
33. Evitar comer fuera de los horarios de comida				
34. Poner más esfuerzo en realizar las sesiones de abdominales o pesas				
35. Creer que puedes comer vegetales frente a personas que están ingiriendo comida chatarra				
36. Caminar rápido a pesar de que sientas que ni tienes el rendimiento físico para realizarlo				
37. Colocar un mayor empeño en cumplir el tiempo establecido para las sesiones de trote				

### **Anexo 3: Cuestionario sobre Creencias Irracionales y Conductas Alimentarias Inadecuadas**

Este cuestionario fue elaborado por la investigadora específicamente para este trabajo de investigación. Como base para la elaboración de este cuestionario se tomaron las conductas alimentarias inadecuadas y las principales creencias irracionales relacionadas con estas conductas identificadas por Villalobos (2015), las cuales se consideran pertinentes pues fueron evaluadas en una población con características similares a la población con la que se pretende trabajar.

Para la evaluación de este cuestionario se valorará cada respuesta positiva como la presencia de cierta creencia irracional o conducta alimentaria inadecuada; por lo que un mayor número de respuestas positivas significará una mayor presencia de conductas alimentarias inadecuadas.

Las principales conductas alimentarias inadecuadas identificadas por este estudio son (Villalobos, 2015):

1. Comer en exceso.
2. No comer vegetales.
3. Abandonar el plan de alimentación porque no es fácil.
4. No poder evitar consumir alimentos apetitosos.
5. Aceptar comida aunque no se tenga hambre.
6. Abandonar el plan de nutrición porque no se cumplió a la perfección.
7. Comer mientras se ve televisión.

<b>Cuestionario sobre Creencias Irracionales y Conducta Alimentaria Inadecuada</b>		
<b>Instrucciones:</b>		
A continuación, se le presentan una serie de afirmaciones sobre la forma en la que algunas personas se comportan y piensan con respecto a la alimentación.		
Favor responda a cada afirmación marcando con una X falso o verdadero según su manera usual de alimentarse y de pensar acerca de su alimentación.		
	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
1. Cumplo con mis horarios de comida		
2. Trato de cumplir siempre mi plan de tratamiento nutricional		
3. Si me ofrecen mi comida favorita, aún si no tengo hambre, la acepto y me la como.		
4. Cuando me siento “ansioso” busco algo de comer.		
5. Prefiero las bebidas gaseosas a las naturales.		
6. Prefiero bebidas con azúcar que tomar agua.		
7. Ingiero más de una bebida azucarada con mis comidas.		
8. No me gusta tomar agua.		
9. Para merendar prefiero una galleta o pan antes que una fruta.		
10. Suelo cenar muy tarde en la noche.		
11. Me gusta comer mientras veo la televisión.		
12. No disfruto las comidas que son “light”.		
13. No disfruto hacer ejercicio.		
14. Suelo comer mucho aun cuando ya no tengo hambre.		
15. Si me ofrecen algo de comer, me cuesta no aceptar.		
16. Comer sano es muy difícil.		
17. Si hago ejercicio regularmente, puedo comer lo que quiera.		
18. El exceso de peso es algo genético y heredado, por lo tanto no puedo hacer nada para controlar mi peso.		
19. Solo me siento feliz cuando estoy comiendo.		
20. Tengo que comerme todo lo que me sirven en el plato, aun cuando ya esté satisfecho (a).		
21. Los alimentos “light” no tienen calorías		
22. Es imposible salir a comer y cumplir la dieta.		
23. Consumo más de 3 bebidas alcohólicas por semana.		
24. Suelo comer muy rápido		

## Anexo 4: Expediente y Control de Citas PREANU-UCR



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

**ENu** Escuela de  
Nutrición

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y ATENCIÓN NUTRICIONAL UNIVERSITARIO (PREANU)**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN NUTRICIONAL (UAN)**

**EXPEDIENTE NUTRICIONAL PARA ADULTOS**

Fecha 1° cita: \_\_\_\_\_

**A. DATOS PERSONALES**

1. Paciente: Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

2. Sexo: \_\_\_\_\_ 3. Edad: \_\_\_\_\_ 4. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

5. Nivel de Escolaridad: \_\_\_\_\_

6. Ocupación actual: \_\_\_\_\_

7. Estado civil:  C  S  D  V  UL  O

8. Número de hijos: \_\_\_\_\_ 9. Con quien vive: \_\_\_\_\_

10. Nacionalidad: \_\_\_\_\_

11. Domicilio: Provincia: \_\_\_\_\_, Cantón: \_\_\_\_\_, Distrito: \_\_\_\_\_

12. Teléfonos: casa \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_ trabajo \_\_\_\_\_

13. Correo electrónico: \_\_\_\_\_

14. Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

15. Referido por (Médico o Centro de Salud u otro): \_\_\_\_\_

16. Nutricionista responsable 1° cita: \_\_\_\_\_

**B. ANTECEDENTES DE EVALUACIÓN CLÍNICA**

17. Antecedentes Familiares

Patología	Parentesco
Diabetes	
Hipertensión	
Dislipidemia	

Patología	Parentesco
Obesidad	
Enf. cardiovascular	
Otros	

18. Antecedentes Personales

Patología	Patología
Diabetes	Dislipidemia
Hipertensión	Gastritis

Patología
Colitis
Estreñimiento

Patología
Enf. cardiovascular
Osteoporosis

Otros: \_\_\_\_\_

Secretaría: 2511-2166

“Compromiso con la calidad y la excelencia”



19. Medicamentos, suplementos, pastillas naturales o hierbas medicinales de consumo actual:

Condición	Dosis / Frecuencia
<b>a. Medicamento bajo receta médica</b>	
<b>b. Medicamentos autorecetados</b>	
<b>c. Productos Naturales/ Suplementos comerciales</b>	

20. Tratamientos dietéticos anteriores: SI ( ) NO ( ) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
 ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

**C. EVALUACIÓN BIOQUÍMICA**

Examen	Valor referencia	Fechas de Resultados				
Glucosa ayunas (mg/dl)	< 100					
Glucosa posprandial (mg/dl)	< 140					
Hemoglobina glicosilada (%)	< 7%					
Hemoglobina (g/dl)	Hombres: 14-18 Mujeres: 12-16					
Hematocrito (%)	Hombres: 40-52 Mujeres: 37-47					
Colesterol Total (mg/dl)	< 200					
Colesterol HDL (mg/dl)	> 40					
Colesterol LDL (mg/dl)	Menos de 100					
Triglicéridos (mg/dl)	< 150					
Ácido Úrico (mg/dl)	2,4 – 7,5					
Otros						



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

ENU Escuela de Nutrición

D. DATOS ANTROPOMÉTRICOS

<b>Mediciones</b>							
Talla: _____ cm	Circunferencia Muñeca: _____ cm			Contextura: _____			
Peso usual: _____ kg	Peso adecuado: _____ kg			Peso meta: _____ kg			
<b>Mediciones Seguimiento</b>	<b>_Fecha (día/mes/año)</b>						
Peso (kg.)							
IMC (kg/m <sup>2</sup> )							
Circ. Cintura (cm)							
<b>Bioimpedancia</b>							
Porcentaje de grasa							
Porcentaje de agua							
Masa muscular							
Complexión física							
Edad metabólica							
Masa ósea							
Grasa visceral							
<b>Historia de Peso:</b>							

E. HÁBITOS

21. Realiza algún tipo de actividad física: SI  NO

22. En caso de que sí realiza actividad física, especifique:

Actividad	Frecuencia	Duración

23. Fuma: SI  NO

24. En caso de que sí fuma, especifique la frecuencia y la cantidad: \_\_\_\_\_

25. Alimentos preferidos: \_\_\_\_\_





UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

ENU Escuela de  
Nutrición

29. Frecuencia de Consumo

Alimentos	No Come	Frecuencia		
		Veces al Día	Veces por Semana	Veces por Mes
¿Toma leche o yogurt? ¿Qué tipo? _____				
¿Consume queso? ¿Cuál? _____				
¿Consume embutidos? ¿Qué tipo? _____				
¿Consume huevos?				
¿Come vegetales no harinosos en picadillos o preparaciones cocidos?				
¿Come vegetales crudos o ensaladas no harinosas?				
¿Come frutas frescas?				
¿Toma gaseosos? ¿Cuáles? _____				
¿Come repostería, postres, helados?				
¿Consume chocolates, confites, chicles con azúcar?				
Comidas Rápidas ¿Cuáles? _____				
Productos empacados: Papas tostadas, picaritas, meneitos, plátanos				
¿Consume bebidas alcohólicas? ¿Cuáles? _____ ¿Cuántos tragos? _____				

OBSERVACIONES

---



---



---



---



---

Secretaría: 2511-2166

“Compromiso con la calidad y la excelencia”



F. TRATAMIENTO NUTRICIONAL

30. Diagnóstico Nutricional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

31. Plan de Atención Nutricional

Problemas Identificados	Meta	Actividades propuestas



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

ENu Escuela de  
Nutrición

32. Cálculo de Dieta

- TMB: \_\_\_\_\_ kcal  
 - Factor de Actividad: \_\_\_\_\_, Otros \_\_\_\_\_  
 - Requerimiento energético \_\_\_\_\_ Kcal Requerimiento prescrito \_\_\_\_\_ kcal

33. Prescripción dietética:

Nutriente	Porcentaje	Kcal	Gramos
Carbohidratos			
Proteína			
Grasa			
<b>Total</b>			

34. Cálculo de intercambios

Lista	Nº de porciones	CHO	Proteína	Grasa	Kcal
Leche ____%					
Vegetales					
Fruta					
Azúcar					
Harinas					
Leguminosas					
Carne magra					
Carne semimagra					
Grasa					
<b>Total</b>					
% adecuación					

35. Distribución de intercambios por tiempo de comida

Lista	Nº	Desayuno	Merienda	Almuerzo	Merienda	Cena	Merienda
Leche %							
Vegetales							
Fruta							
Azúcar							
Harinas							
Leguminosas							
Carne magra							
Carne semi							
Grasa							

Secretaría: 2511-2166

"Compromiso con la calidad y la excelencia"

