

Grupo de Apoyo Nutricional. Instituto de Neurología y Neurocirugía. La Habana.

ADHERENCIA DE LA MUJER AL TRATAMIENTO REDUCTOR DEL PESO CORPORAL

Ligia María Marcos Plasencia,¹ Martha Beatriz Pérez Santana,² Mabel Cillero Romo,² Maribel Caballero Riverí.³

RESUMEN

El exceso de peso (que incluye el sobrepeso y la obesidad) es un importante factor de riesgo a tener en cuenta en la prevención (primaria/secundaria) de la enfermedad cerebrovascular. El Grupo de Apoyo Nutricional (GAN) sostiene una Consulta ambulatoria de Obesidad desde su inceptión en el Instituto de Neurología y Neurocirugía (INN) de La Habana en el año 2007, debido a la afluencia de pacientes atendidos en el Servicio hospitalario de Enfermedad Cerebrovascular en los que concurre un peso excesivo para la talla. Más del 80.0% de estos pacientes fueron mujeres. La adherencia al tratamiento reductor del peso corporal en este subgrupo fue del 70.0%. El propósito de este estudio fue identificar las causas del abandono del tratamiento reductor del peso corporal por la mujer atendida ambulatoriamente por exceso de peso. La adherencia al tratamiento fue dependiente de la edad de la mujer, el nivel de instrucción, la ocupación laboral, y el lugar de residencia. La adherencia fue mayor entre las mujeres con edades < 60 años, con un nivel de instrucción medio/universitario, empleadas en labores no relacionadas con la manipulación de alimentos, y que viven en la ciudad-capital. La adherencia fue independiente del Índice de Masa Corporal y los antecedentes de *ictus*. Se debe tener en cuenta la edad de la mujer, el nivel de instrucción, la ocupación laboral y el lugar de residencia para el diseño de intervenciones dietéticas, conductuales y cognitivas que sean específicas, adecuadas y efectivas en el tratamiento reductor del peso corporal, a fin de asegurar la prevención de la enfermedad cerebro-vascular. **Marcos Plasencia LM, Pérez Santana MB, Cillero Romo M, Caballero Riverí M.** Adherencia de la mujer al tratamiento reductor del peso corporal. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2012;22(2):203-215. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Descriptor DeCS: Sobrepeso / Obesidad / Adhesión al tratamiento / Prevención / Mujeres / Ictus.

¹ Médico, Especialista de Segundo Grado en Nutrición y en Pediatría. Máster en Nutrición en Salud Pública. Doctora en Ciencias Médicas. Investigador Auxiliar. ² Licenciada en Nutrición y Dietética. ³ Licenciada en Enfermería. Máster en Nutrición en Salud Pública.

Recibido: 18 de Noviembre del 2012. Aceptado: 2 de Enero del 2013.

Ligia María Marcos Plasencia. Grupo de Apoyo Nutricional. Instituto de Neurología y Neurocirugía. Calle 25 esquina a D. Vedado. La Habana.

Correo electrónico: ligiamarcos@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La obesidad es uno (entre tantos) de los principales problemas de salud a los que se enfrentan las ciencias médicas en la actualidad. La obesidad es una enfermedad multifactorial en su génesis, crónica en su evolución, y que se desarrolla según las complejas interacciones entre el genotipo y el ambiente, y en la que intervienen factores bio-fisiológicos, psíquicos, conductuales, culturales y socioeconómicos.¹⁻³

El problema de la obesidad, tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, ha tomado dimensiones desmesuradas. Se ha observado un aumento importante de la prevalencia de obesidad en la última década, y se avizora una tendencia ascendente en el futuro cercano.⁴ El aumento en la prevalencia de obesidad se asocia con el incremento de la ocurrencia de procesos mórbidos crónicos, la disminución de la calidad de vida del individuo, el empeoramiento de la capacidad laboral, y el aumento de los factores de riesgo cardiovascular; todo lo cual conlleva a un incremento importante de los costos asistenciales.¹⁻⁴

Dentro de este contexto, las enfermedades vasculares cerebrales han adquirido relevancia global. Al no existir medidas terapéuticas efectivas para estas enfermedades una vez que se establecen, la prevención de las mismas resulta clave, lo que cobra particular importancia por ser la forma más eficaz de evitar muertes, discapacidades y afectación de la calidad de vida como consecuencia de las mismas.⁵ Es entonces lógico reconocer el sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo que se deben tener presentes en la prevención (tanto primaria como secundaria) de la enfermedad cerebrovascular.⁵

La obesidad afecta de manera predominante a las mujeres. A diferencia de lo que ocurre en el hombre, la obesidad

femenina resulta de la confluencia de circunstancias como la menopausia, el embarazo o la administración de preparados hormonales, todos los cuales inciden negativamente en el balance energético, y por ende, en el peso corporal. El Estudio NHANES (del inglés *National Health Examination Survey*, y que traducido al español sería la “Encuesta Nacional de Examen de la Salud”), completado entre 1999-2000, comprobó que el 33.4% de las mujeres norteamericanas eran obesas, contra el 27.5% de los hombres.⁶ Si bien un reporte reciente del Estudio NHANES reveló un estancamiento de la tasa de obesidad entre las mujeres durante el período 1999-2004, la obesidad continúa progresando entre niños, adolescentes y hombres.⁶ Las cifras son todavía más elocuentes entre las mujeres de origen hispano y, sobre todo, en las afronorteamericanas, en las que la obesidad afecta a la mitad de ellas.⁶

La aterogénesis en el obeso se produce, además de las razones obvias, por un incremento de los fenómenos oxidativos. Se ha podido comprobar en las mujeres premenopáusicas que las obesas muestran una mayor oxidación de las partículas lipoproteicas, singularmente las VLDL lipoproteínas de muy baja densidad y las LDL lipoproteínas de baja densidad.⁷ En este mismo estudio se observó también una correlación significativa entre los fenómenos oxidativos y el Índice de Masa Corporal (IMC), el índice cintura-cadera, y los valores séricos de lípidos y ácidos grasos libres.⁷ Se ha encontrado una asociación entre la obesidad y un riesgo mayor de ictus, lo que puede deberse a la relación suficientemente comprobada entre la obesidad, la HTA, la dislipidemia, la hiperinsulinemia y la intolerancia a la glucosa.⁸ El patrón de obesidad central, caracterizado por los depósitos de grasa abdominal y torácico, también se asocia estrechamente con el riesgo de aterosclerosis e ictus.⁸

El riesgo cardiovascular atribuible a la obesidad en la mujer presenta otras peculiaridades. En el conocido *Nurses Health Study* (en español: “Estudio de la Salud de las Enfermeras”) se observó que aún pequeños incrementos del peso corporal se asociaban con un incremento del riesgo de diabetes, y que la influencia de la obesidad como comorbilidad era proporcional al grado del sobrepeso.⁹ Anderson *et al.*⁹ postularon que el riesgo coronario atribuible al aumento de peso es mayor en la mujer que en el hombre: por cada kilogramo de aumento de peso en un adulto, el riesgo de enfermedad coronaria se incrementa en la mujer en un 5.7%, y un 3.1% en el hombre.⁹

Se ha reportado una elevada proporción de incontinencia urinaria y anal que requiere solución quirúrgica en mujeres mórbidamente obesas.¹⁰ Los estudios citados comprendieron 180 mujeres con edades entre 16-55 años e IMC ≥ 40 Kg.m⁻². El 66.9% de las mujeres reportó incontinencia urinaria, mientras que el 32.0% informó de incontinencia anal.¹⁰ También la morbilidad asociada a la gestación (como la preeclampsia, la cesárea, la instrumentación del parto, el distrés respiratorio fetal, y el parto post-término) es significativamente mayor en las mujeres con sobrepeso y obesas.¹¹⁻¹³

Millones de personas en Europa se esfuerzan en adelgazar mediante la participación en un régimen dietético.¹⁴ La mayor parte de las veces es para mejorar su apariencia física.¹⁴ Los resultados de tales esfuerzos son desalentadores. Si se admite que la mayoría de los candidatos en el proceso del adelgazamiento pierde (como promedio) el 10% de su peso corporal, vuelve a ganar las dos terceras partes del peso perdido en el año siguiente, y la tercera parte restante en los 5 años posteriores.¹⁵ La adopción de dietas hipohérgicas es, precisamente, uno de los factores evocados

como causa del fracaso del tratamiento reductor.¹⁵⁻¹⁶

Cuando se trata de perder peso, el individuo obeso se enfrenta a dos obstáculos de primer orden: la disposición y el esfuerzo propio para luchar contra su enfermedad (la obesidad), por un lado; y por el otro, la discriminación que sufre por sus semejantes.¹⁷⁻¹⁸ La población general, así como los propios profesionales de la asistencia médica, abordan el control del peso corporal en el obeso con un enfoque “culpabilístico”, al achacarle a este enfermo singular la única y absoluta responsabilidad porque “come demasiado” o “no hace suficiente actividad física”. Todos esos hechos hacen evidentes que los métodos de adelgazamiento emprendidos aisladamente son, de modo general, ineficaces a largo plazo.

Es frecuente que la mayoría de los individuos con sobrepeso y obesos desee adelgazar por problemas estéticos, sin darle mayor importancia a la preservación de la salud. En realidad, las autoridades sanitarias, bien conocedoras del peligro potencial que representa el exceso de peso para una vida prolongada, activa y con buena calidad, se preocupan seriamente de buscar soluciones a este problema de salud, entre ellas, incrementar el caudal de información que se le ofrece a la población e influir en la modificación de las conductas personales, todo ello sobre fundamentos científicos, para así contrarrestar la difusión incontrolada, acrítica, de métodos supuestamente “mágicos” que sirven para adelgazar sin que sean necesarios cambios en los estilos de vida y/o el empleo de productos “maravillosos”, que en definitiva solo responden a intereses comerciales.¹⁹ Por todo lo anterior, se puede comprender ahora que los programas creados para lograr pérdida de peso en los individuos afectados no siempre son eficaces.

Para que un programa (o simplemente un conjunto de acciones de salud) sea verdaderamente eficaz en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, debe resultar en pérdida apreciable de peso, mantenimiento a largo plazo del nuevo peso alcanzado, junto con cambios en los estilos de vida.¹⁹ El logro de estos objetivos es responsabilidad conjunta del paciente y el profesional de la salud que lo asiste y contiene. La combinación dieta + ejercicio físico + terapia conductual es más eficaz que los componentes individuales y aislados para lograr una pérdida sostenida de peso. Por supuesto, la medicación no es un reemplazo de la dieta y el ejercicio. Cualquiera que sea el valor intrínseco del programa, es solo el paciente quien puede ponerlo en práctica. Por su parte, el profesional de la salud es el más indicado para transmitir información y todo tipo de influencias positivas, así como prestar el apoyo necesario en casos de estancamiento de la reducción del peso corporal, recaída, o lo que es más grave: las variaciones cíclicas del mismo. Debida a la amenaza que encierra esta última circunstancia para el éxito de cualquier programa de reducción del peso corporal, el *US National Task Force For Prevention and Treatment of Obesity* (en español: Grupo de Tarea de los Estados Unidos para la Prevención y Tratamiento de la Obesidad) recomendó lo siguiente: “*Los individuos obesos no deberían permitir que los peligros de la variación cíclica del peso detengan los esfuerzos para controlar su peso corporal*”.⁷

Si bien son incontables los intentos por definir estrategias terapéuticas para el exceso de peso, aún no se consigue una disminución apreciable de las tasas globales de sobrepeso y obesidad. Por lo tanto, la lucha contra la pandemia de obesidad hay que librarla desde múltiples direcciones, y no valen acciones aisladas, y mucho menos unidireccionales.

El sobrepeso y la obesidad se presentan frecuentemente en la población cubana que ha padecido un *ictus*. En el INN Instituto de Neurología y Neurocirugía de La Habana funciona un Servicio de Enfermedades Cerebrovasculares que se ha especializado en el estudio, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con distintos factores de riesgo y/o secuelas de enfermedades cerebrovasculares. Debido a la elevada prevalencia del exceso de peso entre los pacientes atendidos por el Servicio, se instaló desde el año 2007 una Consulta ambulatoria de Obesidad a fin de corregir esta comorbilidad, como parte de la prevención (primaria/secundaria) de la enfermedad cerebrovascular. Hasta el año 2009, se habían atendido en la Consulta 390 pacientes, de los cuales el 84.6% fueron mujeres [Fuente: Datos aportados por el Departamento de Bioestadística del Instituto de Neurología y Neurocirugía de La Habana. Fecha de cierre de los registros: 2009]. Se ha constatado una adherencia del 70.0% de las mujeres atendidas al programa prescrito de reducción de peso corporal [datos inéditos]. Por consiguiente, el propósito de este trabajo fue identificar aquellos eventos presentes en la mujer atendida por exceso de peso en la Consulta ambulatoria de Obesidad que puedan asociarse con fallas en la adherencia al tratamiento reductor de peso, a fin de trazar estrategias eficaces de intervención alimentaria, nutrimental y metabólica de esta comorbilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción del protocolo de reducción del peso corporal: El Protocolo de reducción del peso corporal administrado a las mujeres con sobrepeso y obesas en la Consulta ambulatoria de Obesidad que sostiene el GAN en el INN sigue los principios filosóficos expuestos previamente.¹⁴ Breve-

mente, el protocolo utilizado combina la aplicación de diferentes técnicas de comunicación dentro de una terapia grupal orientada a la reeducación alimentaria y nutricional de la mujer; junto con la prescripción de un régimen dietético acorde con las características demográficas propias de cada paciente, el nivel de actividad física, las enfermedades concurrentes, el peso corriente y el peso deseable. El régimen dietético se caracteriza por un aporte energético mínimamente necesario para el logro del peso deseable, y la restricción de la participación de la grasa alimentaria a solo entre el 17-22% del aporte energético total.²⁰ La presencia de la proteína alimentaria se ha ajustado entre el 10-12% del contenido energético total de la dieta prescrita. La energía alimentaria restante se aporta en forma de carbohidratos complejos.²⁰ Se admite que los azúcares simples representen menos del 5% de la energía alimentaria total.²⁰ Se trata de que la figura dietética prescrita satisfaga las recomendaciones diarias establecidas para el ingreso de micronutrientes.²⁰

El protocolo establece encuentros para la inclusión del paciente en el programa de reducción de peso corporal, y de seguimiento para evaluar la marcha del programa, el peso alcanzado, y cualquier incidencia que atente contra el logro de los objetivos propuestos.

La adherencia de la mujer al programa reductor de peso cumplido un año de la admisión en el mismo se calificó como sigue: *Buena*: Continuidad del tratamiento con asistencia a los encuentros de control y seguimiento hasta el año de admisión, junto con reducción significativa del peso corporal; y *Mala*: No se observa disminución de peso y/o Abandono del programa antes del año de admisión. En la evaluación de la adherencia de la mujer al programa de reducción del peso corporal no se tuvieron en cuenta el mantenimiento/

estabilización del peso corporal, ni los cambios en los estilos de vida, que serían criterios a examinarse a largo plazo, después de un seguimiento de la mujer continuado en el tiempo.¹⁴ Por las mismas razones, tampoco se incluyó el relativo a la mejoría de las complicaciones asociadas a la obesidad.

Serie de estudio: La serie de estudio se construyó con las mujeres atendidas en la Consulta ambulatoria de Obesidad que sostiene el GAN en el INN entre los años 2007-2009.

Diseño del estudio: Retrospectivo, analítico, de caso-control. En la Consulta ambulatoria de Obesidad que el GAN conduce en el INN se tiene un registro de cada paciente con los datos sociodemográficos, clínicos, antropométricos, dietéticos y nutricionales que son requeridos para el diagnóstico del estado nutricional, así como la evaluación de la marcha del programa de reducción de peso corporal.

De cada una de las mujeres incluidas en la serie presente de estudio se obtuvieron la edad (años cumplidos), el nivel de instrucción (Secundario/Medio/Universitario), la ocupación laboral (Ama de casa/Manipuladora de alimentos/Otros trabajos no intelectuales/Intelectual), el lugar de residencia (La Habana/Provincia Habana: Artemisa + Mayabeque/Otras provincias); y los antecedentes previos de *ictus* (Sí/No). La edad de la mujer se estratificó como sigue: Entre 18-29 años, Entre 30-59 años, y ≥ 60 años; respectivamente.

La estratificación de la ocupación laboral en las categorías descritas sirvió para aislar dentro de la serie de estudio a aquellas mujeres que no abandonan el hogar para la realización de actividades físicas. La estratificación propuesta también sirvió para particionar la serie de estudio (una vez aisladas las amas de casa) entre aquellas que

realizan labores intelectuales (entendidas como labores académicas y docentes, de oficina, y otras similares) y las que se ocupan de labores no intelectuales; y dentro de esta última categoría, las que están involucradas en la preparación, conservación y servido de alimentos.

El diagnóstico nutricional de la mujer a la inclusión en el programa se hizo según el valor del IMC calculado con los valores obtenidos en el encuentro de captación de la Talla y el Peso:²¹⁻²² *Sobrepeso*: IMC entre 25.0-29.9 Kg.m⁻²; *Obesa*: Entre 30.0-39.9 Kg.m⁻²; y *Obesa mórbida*: ≥ 40 Kg.m⁻²; respectivamente. Las mediciones antropométricas fueron hechas con una balanza de doble romana SECA (Bad Homburg, Alemania) con tallímetro acoplado.

Procesamiento de los datos y análisis estadístico-matemático de los resultados:

Los datos sociodemográficos, antropométricos y nutricionales de las mujeres incluidas en la serie de estudio se almacenaron en un contenedor digital creado con EXCEL 7.0[®] para OFFICE[®] de WINDOWS[®] (Microsoft, Redmond, Virginia, Estados Unidos). Los datos se describieron mediante la media y la desviación estándar. La adherencia al tratamiento reductor del peso corporal sirvió como variable de respuesta. La influencia de las características sociodemográficas sobre la adherencia al tratamiento se evaluó mediante tests estadísticos basados en la distribución ji-cuadrado.²³ En todas las instancias se empleó un nivel de significación del 5%.²³

RESULTADOS

La serie de estudio quedó conformada por 330 mujeres atendidas entre el 2007-2009 en la Consulta ambulatoria de Obesidad que sostiene el GAN en el INN. Esta cifra representó el 86.4% de los pedidos

de interconsulta hechos por los servicios de la institución de pertenencia de los autores. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas, clínicas y nutricionales de las mujeres estudiadas. Prevalcieron las mujeres con edades entre 30 – 59 años. Los niveles medio y universitario de instrucción abarcaron el 87.5% de la serie. Las mujeres ocupadas en trabajos no intelectuales fueron la mayoría. Más del 80.0% de las mujeres estudiadas vivían en la ciudad de La Habana.

Las mujeres obesas constituyeron el 77.0% de la serie de estudio. Se debe destacar que el 12.7% de las mujeres atendidas en la consulta era obesa mórbida. La tasa de exceso de peso observada en la presente serie de estudio no debe tomarse como un estimado poblacional de la distribución del exceso de peso entre las mujeres, puesto que representa el perfil demográfico de una subpoblación menor en tamaño atendida en una consulta especializada de una institución de salud del tercer nivel de asistencia médica del Sistema Nacional de Hospitales.

La adherencia al tratamiento reductor del peso corporal fue del 70.0%. La Tabla 2 muestra la influencia de las variables sociodemográficas y nutricionales sobre la adherencia observada al tratamiento. La edad de la mujer influyó en la adherencia al tratamiento: la menor adherencia se observó entre las mujeres con edades ≥ 60 años ($\chi^2 = 40.77$; $p < 0.05$). La adherencia al tratamiento fue dependiente del nivel de instrucción: se observó una menor adherencia entre las mujeres con un nivel secundario de instrucción ($\chi^2 = 11.987$; $p < 0.05$). La ocupación laboral también condicionó la tasa de adherencia de la mujer al tratamiento reductor de peso corporal: las ocupadas en la manipulación de alimentos exhibieron la menor tasa de adherencia ($\chi^2 = 17.139$; $p < 0.05$). Asimismo, el lugar de residencia determinó la adherencia corriente

al programa reductor de peso corporal: la adherencia fue menor entre las mujeres que vivían fuera de La Habana ($\chi^2 = 33.771$; $p < 0.05$). Sin embargo, la adherencia al tratamiento reductor del peso corporal fue independiente de los antecedentes de *ictus* y del estado nutricional de la mujer (determinado éste por la cuantía del exceso de peso).

reductor de peso corporal. En su naturaleza, constituye la primera indagación sobre el comportamiento del programa de reducción del peso corporal que se aplica en la institución de pertenencia de las autoras. La adherencia observada al tratamiento reductor del peso corporal puede indicar una efectividad superior del programa que conduce el GAN en la Consulta ambulatoria

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y nutricionales de las mujeres estudiadas. Se muestran el número y [entre corchetes] el porcentaje de mujeres en cada estrato de la característica.

Característica	Hallazgos
Edad	18-29 años: 39 [11.8] 30-59 años: 232 [70.3] ≥ 60 años: 59 [17.9]
Nivel de instrucción	Secundario: 41 [12.4] Medio: 143 [43.3] Universitario: 146 [44.2]
Ocupación laboral	Ama de casa: 57 [17.3] Manipuladora de alimentos: 22 [6.7] Otros trabajos no intelectuales: 161 [48.8] Intelectuales: 90 [27.3]
Lugar de residencia	La Habana: 272 [82.4] Provincia Habana: [§] 46 [13.9] Otras provincias: 12 [3.6]
Antecedentes de <i>ictus</i>	Sí: 67 [20.3] No: 263 [79.7]
Adherencia al tratamiento reductor del peso	Buena: 230 [70.0] Mala: 100 [30.0]
Estado nutricional	Sobrepeso: 34 [10.3] Obesas: 254 [77.0] Obesas mórbidas: 42 [12.7]

[§] De acuerdo con la nueva división político-administrativa del país, vigente desde el Primero de Enero del 2011, la Provincia Habana comprende las ahora provincias Artemisa y Mayabeque.

Tamaño de la serie: 330.

Fuente: Registros de la Consulta ambulatoria de Obesidad. Grupo de Apoyo Nutricional. Instituto de Neurología y Neurocirugía de La Habana.

Fecha de cierre de los registros: 2009.

DISCUSIÓN

El presente trabajo se emprendió para identificar eventos en la mujer atendida ambulatoriamente por exceso de peso que condicionaran la adherencia al tratamiento

de Obesidad, y pudiera ser atribuida a la combinación del uso de técnicas grupales para la reeducación alimentaria y nutrimental y la modificación proactiva de los estilos de vida de la mujer con exceso de peso, y la prescripción de figuras dietéticas

según patrones personalizados de alimentación. En varias publicaciones se han declarado tasas menores de efectividad de los tratamientos de reducción de peso corporal si éstos descansan en técnicas de terapia individual.²⁴⁻²⁷ La terapia grupal permite una mayor interacción con el paciente, establecer una mejor comunicación en ambas direcciones, y acrecentar la confianza del enfermo en el terapeuta y la terapia ofrecida, así como aprovechar el efecto de la interacción entre los afectados por un problema común.²⁴⁻²⁷

En el estado presente de las cosas, la adherencia al tratamiento reductor del peso corporal depende de eventos socio-demográficos como la edad, el nivel de instrucción, la ocupación laboral, y el lugar de residencia, sin ninguna influencia de los antecedentes de *ictus* ni del estado nutricional (que se ha establecido de la cuantía del exceso de peso). La adherencia fue mayor entre las mujeres con edades < 60 años, con un nivel de instrucción medio o universitario, que se encuentran ocupadas en labores no relacionadas con la manipulación de los alimentos, y que viven en la ciudad-capital: lugar donde también radica la institución que acoge el GAN.

Resulta interesante que las variables determinantes de la adherencia al tratamiento reductor del peso corporal también lo sean de la conducta humana. Esta dimensión antropológica del ser humano debe ser tenida en cuenta llegado el momento del diseño e implementación de programas orientados al tratamiento, control y prevención última del exceso de peso, por cuanto se ha de lidiar, no con eventos meramente biológicos o endocrino-metabólicos, sino con las vivencias previas de la persona, las tradiciones y costumbres, los hábitos, gustos y preferencias, e incluso condicionantes ambientales.¹⁴ El tratamiento del exceso de peso no puede reducirse a bloquear el efecto de hormonas como la

leptina y la grelina, o químicos cerebrales como el neuropéptido Y, o impedir la absorción de los nutrimentos a nivel de la mucosa yeyunal, pues ello no cubriría todas las expectativas de éxito. No importa que los medicamentos aceleren el metabolismo energético, supriman el apetito y/o eviten que se absorba la grasa ingerida, otros determinantes suprabiológicos seguirán actuando en el individuo para que éste siga comiendo aún cuando se ha alcanzado el umbral de satisfacción.

La influencia de la edad pudiera explicar por el cambio tan profundo que la menopausia trae consigo en la psiquis de la mujer, reflejo a su vez de las modificaciones que sufre el cuerpo femenino en este tránsito etario, y con ello, los roles sociales que hasta ese momento la mujer había desempeñado.¹⁴ Llegado el caso de intervenir en el exceso de peso, la mujer con más de 60 años atendería más al impacto del tratamiento reductor sobre la silueta corporal que a los beneficios para el estado de salud y la prevención de eventos causantes de discapacidades.

El nivel de instrucción pudiera influir en la adherencia de la mujer al tratamiento reductor del peso corporal, no solo porque dota a la mujer de herramientas para la comprensión de los mensajes que se le transmiten durante la intervención alimentaria, nutrimental y metabólica, sino también por la inculturación de formas de pensar y actuar que le servirán para maximizar el éxito de la terapia reductora.¹⁴

Resulta llamativa la influencia de la ocupación laboral sobre la adherencia al tratamiento reductor de peso, máxime si se tiene en cuenta la construcción de esta variable. Amzallang, al relatar sus experiencias en la conducción de un programa de tratamiento del exceso de peso, ha planteado que aquellos pacientes comprometidos en actividades sociales que influyen en la relación que crean y sostienen con los alimentos y las formas de comer,

Tabla 2. Influencia de las características sociodemográficas, clínicas y nutricionales sobre la tasa de adherencia al programa de reducción del peso corporal. Se muestran el número y [entre corchetes] el porcentaje de mujeres en las que concurren niveles especificados de los estratos de las características estudiadas.

Característica	Adherencia al tratamiento		Interpretación
	Buena	Mala	
<i>Edad:</i>			
• 18-29 años	33 [84.6]	6 [15.4]	$\chi^2 = 40.77$ (p < 0.05)
• 30-59 años	176 [75.8]	56 [24.2]	
• ≥ 60 años	21 [35.6]	38 [64.4]	
<i>Nivel de instrucción:</i>			
• Secundario	20 [48.8]	21 [51.2]	$\chi^2 = 11.987$ (p < 0.05)
• Medio	98 [68.5]	45 [31.5]	
• Universitario	112 [76.7]	34 [23.3]	
<i>Ocupación laboral:</i>			
• Ama de casa	38 [66.7]	19 [33.3]	$\chi^2 = 17.139$ (p < 0.05)
• Manipuladora de alimentos	7 [31.8]	15 [68.2]	
• Otros trabajos no intelectuales	118 [73.3]	43 [26.7]	
• Intelectuales	67 [74.4]	23 [25.6]	
<i>Lugar de residencia:</i>			
• La Habana	208 [76.5]	64 [23.5]	$\chi^2 = 33.771$ (p < 0.05)
• Provincia Habana [§]	18 [39.1]	28 [60.9]	
• Otras provincias	4 [33.3]	8 [66.7]	
<i>Antecedentes de ictus:</i>			
• Sí	41 [61.2]	26 [38.8]	$\chi^2 = 2.878$ (p > 0.05)
• No	189 [71.9]	74 [28.1]	
<i>Estado nutricional:</i>			
• Sobrepeso	28 [82.3]	6 [17.7]	$\chi^2 = 2.889$ (p > 0.05)
• Obesa	173 [68.1]	81 [31.9]	
• Obesa mórbida	29 [69.0]	13 [31.0]	

[§] De acuerdo con la nueva división político-administrativa del país, vigente desde el Primero de Enero del 2011, la Provincia Habana comprende las ahora provincias Artemisa y Mayabeque.

Tamaño de la serie: 330.

Fuente: Registros de la Consulta ambulatoria de Obesidad. Grupo de Apoyo Nutricional. Instituto de Neurología y Neurocirugía de La Habana.

Fecha de cierre de los registros: 2009.

tendrán más problemas para controlar el peso; lo que demandaría acciones personalizadas de los gestores de tales programas.¹⁴ Ello se corroboró con este estudio, por cuanto las mujeres involucradas en la manipulación de alimentos exhibieron

las tasas menores de adherencia al tratamiento.

La distancia entre el domicilio de la mujer y el centro de salud donde es atendida por el exceso de peso también puede determinar el éxito de un programa de

reducción de peso corporal. Como quiera que programas como éstos implican la conducción de acciones dilatadas en el tiempo, que demandan de disciplina y compromiso, la asistencia a las consultas de seguimiento puede ser determinante. Entre los factores asociados con resultados favorables de los programas de reducción del peso corporal, la asistencia regular a las actividades establecidas por el programa ocupa uno de los primeros lugares, seguida de la educación para la modificación de la conducta y la selección apropiada y el consumo de las comidas.^{11,14} Nada de ello se puede conseguir sin la asistencia regular a los encuentros programados con el terapeuta.^{11,14,28-29} No debería entonces extrañar que las mujeres que viven en La Habana fueran las que tuvieran mejor adherencia al tratamiento reductor de peso, al registrar la mayor asistencia a las consultas y encuentros programados.

No se pudo demostrar que los antecedentes de *ictus* o el estado nutricional influyeran en la adherencia al tratamiento reductor de peso. Es probable que una persona que haya padecido un *ictus* (que puede haber resultado en secuelas importantes y discapacidades) no muestre interés en adherirse a un programa que exige una funcionalidad física e intelectual preservada para el logro del objetivo final: la reducción a niveles saludables del peso corporal. Si sobre este presupuesto se superponen otros como la lejanía del centro donde sería atendida, entonces no puede esperarse una buena adherencia al programa. Ello pudiera afectar el logro de otras acciones de salud, como la rehabilitación físico-motora. Por consiguiente, se debe hacer énfasis en la utilidad del programa de reducción del peso corporal como elemento de prevención secundaria de otras complicaciones de la enfermedad cerebrovascular.

Pero también la baja adherencia al tratamiento observada entre las mujeres sin antecedentes de *ictus* conduce a pensar en la baja percepción del riesgo que significa el exceso de peso en la génesis de la enfermedad cerebrovascular y sus complicaciones.⁸ Le corresponde al terapeuta y el resto del equipo de trabajo ofrecer a la mujer los elementos de juicios necesarios para realzar el lugar de los programas de reducción de peso corporal dentro de las estrategias de prevención primaria que promueve el sistema cubano de salud.

Finalmente, este trabajo no demostró que el estado nutricional de la mujer pudiera influir en la adherencia al tratamiento reductor, en contraposición a lo reportado en varias publicaciones sobre la dependencia entre la cuantía del exceso de peso y la tasa de resultados favorables de los mismos.²⁸ Tal vez los otros eventos descritos en la mujer atendida en la Consulta ambulatoria de Obesidad pesen más en la tasa de adherencia que el valor corriente del IMC.

CONCLUSIONES

No siempre se logra que las mujeres atendidas por exceso de peso se adhieran durante un año (al menos) a un programa especificado de reducción del peso corporal, o que asistan regularmente a los encuentros planificados con los terapeutas, a fin de lograr resultados favorables. La edad de la mujer y la cuantía del exceso de peso con que ésta se presenta a la consulta son factores propios del individuo a tener en cuenta a la hora de trazar las medidas requeridas de intervención, y que deben personalizarse para asegurar la mejor adhesión al tratamiento reductor. Estos factores determinan tanto el estado de salud del individuo a la admisión en el programa, como la manera en que el terapeuta debe afrontar el caso. Por su parte, el nivel de

instrucción, la ocupación laboral, y el lugar de residencia son factores socio-ambientales no menos importantes en su influencia sobre la adhesión al tratamiento que pueden modificarse satisfactoriamente con la terapia grupal.

RECOMENDACIONES

El exceso de peso como fenómeno general, y la obesidad en particular, se deben combatir desde dos direcciones: la conductual y la somática. Para que el tratamiento reductor del peso corporal sea efectivo, se recomienda:

1. Trazar estrategias de intervención en los programas de asistencia médica orientadas a la mujer con exceso de peso que tengan en cuenta los factores que pueden afectar la adherencia al tratamiento, para de esta forma mejorar los resultados a obtener.
2. Un programa de intervención para combatir el sobrepeso y la obesidad debe tener un enfoque integral, y contemplar acciones sobre los hábitos de alimentación y el nivel de actividad física, pero también incorporar acciones educativas que sean capaces de modificar patrones de conductas, e identificar los elementos puntuales que en cada individuo agravan su evolución.
3. Mantener presente que para mantener la prevención primaria/secundaria de la enfermedad cerebrovascular es de fundamental importancia la reducción de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la población general; lo que también impactará en las restantes enfermedades crónicas no trasmisibles.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Sergio Santana Porbén, Editor-Ejecutivo de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, por la ayuda brindada en la redacción de este artículo.

SUMMARY

Excess body weight (overweight and obesity included) is an important risk factor to take into account in the primary/secondary prevention of cerebrovascular disease. The Nutritional Support Group (NST) conducts an ambulatory Obesity Clinic since its inception in 2007 in the Institute of Neurology and Neurosurgery (INN), given the affluence of patients assisted at the hospital Service of Cerebrovascular Disease in whom an excessive weight for height concurs. More than 80.0% of these patients were women. Adherence to body weight reduction treatment in this subgroup was estimated in 70.0%. The purpose of this study was to identify the causes for abandonment by overweight, ambulatory-assisted women of body weight reduction. Adherence to treatment was dependent on woman's age, level of instruction, job position, and place of residence. Adherence was higher among women younger than 60 years, senior/university level of instruction, working in jobs non-related with food manipulation, and living in Havana City. Adherence was independent from Body Mass Index and previous history of ictus. Women's age, level of instruction, job position, and place of residence should be taken into account when designing dietetic, conative and cognitive interventions to be specific, adequate and effective for reduction of body weight, in order to secure the prevention of cerebrovascular disease. Marcos Plasencia LM, Pérez Santana MB, Cillero Romo M, Caballero Riverí M. Adherence of women to body weight reduction programs. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2012;22(2):203-215. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Overweight / Obesity / Adherence to treatment / Prevention / Women / Ictus.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilborn C, Beckham J, Campbell B, Harvey T, Galbreath M, La Bounty P, *et al.* Obesity: Prevalence, theories, medical consequences, management,

- and research directions. *J Internat Soc Sports Nutr* 2005;2:4-31.
2. Rodríguez Scull LE. Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]* 2003;14(2):0-0. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol14-2-03/end_06203.htm. Fecha de última visita: 8 de Marzo del 2012.
 3. Palou A, Bonet ML, Picó C. Nutrigenómica y obesidad. *Rev Med Univ Navarra* 2004; 48:36-48.
 4. Hernández Triana M y Ruiz Álvarez V. Obesidad, una epidemia mundial. Implicaciones de la genética. *Rev Cubana Invest Biomed.* 2007;26:1-10.
 5. Buergo Zuaznabar MA, Fernández Concepción O. Guía de prácticas clínicas. Enfermedad cerebrovascular. Recomendaciones. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 2009. ISBN: 978-959-212-401-1.
 6. Luengo Fernández E, Ordóñez Rubio B, Bergua Martínez C, Laclaustra Gimeno M. Obesidad, dislipemia y síndrome metabólico. *Rev Esp Cardiol* 2006;5: 21-9.
 7. Simon L. Prospective study of dietary glycemic load, carbohydrate intake and risk of coronary artery disease in U.S. Women. *Am J Clin Nutr* 2007:1455-61.
 8. Sacco RL, Benjamin EJ, Broderick JP, Dyken M, Easton JD, Feinberg WM. Risk factors. AHA American Heart Association Conference Proceedings. *Stroke* 1997;28:1507-17.
 9. Anderson JW, Konz EC. Obesity and disease management: Effects of weight loss on comorbid conditions. *Obesity Research* 2001;9(Suppl 4):326-34.
 10. Richter HE, Burgio KL, Clements RH, Goode PS, Redden DT, Varner RE. Urinary and anal incontinence in morbidly obese women considering weight loss surgery. *Obstet Gynecol.* 2005;106:1272-9.
 11. McMille C, Robinson JS. Developmental origins of the Metabolic Syndrome: Prediction, plasticity and programming. *Physiol Rev* 2005;85: 571-633.
 12. WHO World Health Organization. Haemorrhagic stroke, overall stroke risk and combined oral contraceptives: results an international, multicentre, case-control study: WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contracepcion. *Lancet* 1996; 348:505-10.
 13. Salmeron J, Hu FB, Manson JE. Dietary fat intake and risk of type 2 diabetes in women. *Am J Clin Nutr.* 2001;73: 1019-26.
 14. Amzallag W. De perder peso, al control del peso: experiencia de un programa. *Rev Cubana Invest Biomed* 2000;19: 98-115. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002000000200002&lng=es. Fecha de última visita: 27 de Febrero del 2012.
 15. Atkinson RL, Dietz WH, Foreyt JP, Goodwin NJ, Hill JO, Hirsch J, Pi-Sunyer X, *et al*; for the. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Weight cycling. *JAMA* 1994; 272: 1196-1202.
 16. Amigo I, Fernández C. Effects of diets and their role in weight control. *Psychol Health Med* 2007;12:312-27.
 17. Marcos Plasencia LM. Protocolo de acción contra la obesidad en adultos. Instituto de Neurología y Neurocirugía, Cuba. 2007-2008. *Rev Trastornos de la Conducta Alimentaria* 2008;7:720-32. ISSN 1699-7611. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/protocolo_de_accion_contra_la_obesidad_en_adultos.pdf. Fecha de última visita: 15 de Febrero del 2012.
 18. Jáuregui Lobera I, Marcos Plasencia L, Rivas Fernández M, Rodríguez Marcos

- L, Gutiérrez Ferrer N. Aspectos transculturales en la percepción de la obesidad [Carta al Editor]. *Nutrición Hospitalaria* [España] 2008;23:619-29.
19. Moraga MF, Rebollo GMJ, Bórquez VP, Cáceres DJ, Castillo DC. Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable. *Rev Chilena Pediatr* 2003; 74:374-80.
 20. Porrata Maury C, Hernández Triana M, Argüelles Vázquez JM y Proenza González M. Recomendaciones nutricionales para la población cubana [Resumen]. *RCAN Rev Cubana Nutr* 1992;6:132-41.
 21. Colectivo de autores. Estudio de Crecimiento y Desarrollo Ciudad Habana, 1998. La Habana. Departamento de Crecimiento y Desarrollo Humano. Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo". La Habana: 1998. pp 47.
 22. Lohman TG, Roche A, Martorell R. Anthropometric standardizations reference manual. Human Kinetics Books. Primera edición. Champaign. Illinois: 1988.
 23. Martínez Canalejo H, Santana Porbén S. Manual de Procedimientos Bioestadísticas. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: 1990.
 24. Glenny AM, O'meara S, Melville A, Sheldon TA, Wilson C. The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *Internat J Obes Related Metabol Dis* 1997; 21:715-37.
 25. Brownell KD, Kay FS. A school-based behavior modification, nutrition education, and physical activity program for obese children. *Am J Clin Nutr* 1982;35:277- 82.
 26. Deckelbaum RJ, Fisher EA, Winston M, Kumanyika S, Lauer RM, Pi-Sunyer FX, *et al.* Summary of a scientific conference on preventive nutrition: Pediatrics to geriatrics. *Circulation* 1999;100:450-6.
 27. Millen BE, Pencina MJ, Kimokoti RW, Zhu L, Meigs JB, Ordovas J, *et al.* Nutritional risk and the metabolic syndrome in woman: opportunities for preventive interventions from the Framingham Nutrition students. *Am J Clin Nut.* 2006;84:434-41.
 28. Wadden TA, Foster SGD, Letizia KA, Stunkard AJ. A multicenter evaluation of a proprietary weight reduction program for the treatment of marked obesity. *Arch Intern Med* 1991;152: 961-6.
 29. Wolfe LB. The Lifestyle counselor's guide for weight control. American Health Publishing. Dallas: 1996.