

## artículo

# Abordaje del cambio de hábitos alimentarios y estilos de vida en el manejo de sobrepeso y obesidad: consideraciones prácticas

Violeta Moize<sup>a\*</sup>, Gemma Peralta<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Obesity Unit, Hospital Clínic de Barcelona. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain. Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Madrid, Spain, <sup>b</sup>Psicóloga Clínica. Fundació Rossend Carrasco i Formiguera. Barcelona. Profesora adjunta UAB

\*vmoize@clinic.cat

## OPEN ACCESS

**Citación:** Moize V, Peralta G. (2020) Abordaje del cambio de hábitos alimentarios y estilos de vida en el manejo de sobrepeso y obesidad: consideraciones prácticas. XPA & Health Com. 3

**Editor:** Guillem Marca, Universitat de Vic, España.

**Recibido:** 4 de Noviembre de 2020

**Aceptado:** 10 de Noviembre de 2020

**Publicado:** 10 de Diciembre de 2020

**Copyright:** © 2020 Moize V, Peralta G. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se acredite el autor original y la fuente.

**Financiación:** El manuscrito no ha recibido financiación.

**Intereses:** Los autores han declarado que no existen intereses.

## Resumen

Debido a la diversidad de factores que potencialmente contribuyen al desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y obesidad, las guías clínicas específicas de tratamiento recomiendan un abordaje terapéutico multidisciplinar en el que intervienen, principalmente, médicos especialistas en endocrinología y nutrición, enfermería, psicólogos y dietistas-nutricionistas. Durante los últimos años, el acelerado aumento de la prevalencia de obesidad y la escasa respuesta al tratamiento convencional a largo plazo provocó un cambio de paradigma en el modelo de tratamiento y la relación terapéutica. Partimos de un modelo terapéutico paternalista y jerarquizado entre médico y paciente a un modelo de decisiones compartidas que tiene como objetivo empoderar al paciente en el control y toma de decisiones de su enfermedad. Este artículo tiene como objetivo revisar y proporcionar algunas de las pautas de manejo que favorecen un enfoque práctico centrado en el paciente y la importancia de potenciar la adhesión de la persona al programa como medida de éxito del tratamiento. Otro aspecto importante que se recoge en este documento hace referencia al modelo de comunicación entre el terapeuta y el paciente mediante la entrevista motivacional, para generar un proceso favorable al cambio. Para finalizar este primer enfoque, se considerarán brevemente, aspectos relacionados con la adhesión al tratamiento por su estrecha relación con el mantenimiento del peso perdido a largo plazo. Finalmente, y dada la situación de pandemia que estamos viviendo, se consideraran aspectos relevantes que impactan de manera especial a la población a la que hacemos referencia en este artículo.

**Palabras clave:** entrevista motivacional, sobrepeso, obesidad, COVID-19.

## Resum

**Abordatge de el canvi d'hàbits alimentaris i estils de vida en el maneig de sobrepès i obesitat: consideracions pràctiques.** A causa de la diversitat de factors que potencialment contribueixen al desenvolupament i manteniment del sobre-

pès i de la obesitat, les guies clíniques específiques de tractament recomanen un abordatge terapèutic multidisciplinari en el qual intervenen, principalment, metges especialistes en endocrinologia i nutrició, infermeria, psicòlegs i dietistes-nutricionistes. Durant els últims anys, l'accelerat augment de la prevalença d'obesitat i l'escassa resposta al tractament convencional a llarg termini va provocar un canvi de paradigma en el model de tractament i la relació terapèutica. Partim d'un model terapèutic paternalista i jerarquitzat entre metge i pacient a un model de decisions compartides que té com a objectiu apoderar al pacient en el control i en la presa de decisions de la seva malaltia. Aquest article té com a objectiu revisar i proporcionar algunes de les pautes de maneig que afavoreixen un enfocament pràctic centrat en el pacient i la importància de potenciar l'adhesió de la persona al programa com a mesura d'èxit del tractament. Un altre aspecte important que es recull en aquest document fa referència al model de comunicació entre el terapeuta i el pacient mitjançant l'entrevista motivacional, per a generar un procés favorable al canvi. Per a finalitzar aquest primer enfocament, es consideraran breument, aspectes relacionats amb l'adhesió al tractament per la seva estreta relació amb el manteniment del pes perdut a llarg termini. Finalment, i donada la situació de pandèmia que estem vivint, es consideressin aspectes rellevants que impacten de manera especial a la població a la qual fem referència en aquest article.

**Paraules clau:** entrevista motivacional, sobrepès, obesitat, COVID-19.

### Abstract

**Approach to changing eating habits and lifestyles in the management of overweight and obesity: practical considerations.** Many factors can potentially contribute to the development and maintenance of overweight and obesity, that is why the specific clinical treatment guidelines recommend a multidisciplinary therapeutic approach involving, mainly, specialists in endocrinology and nutrition, nurses, psychologists and dieticians-nutritionists. Over the last years, there was a paradigm shift in the treatment model and therapeutic relationship caused by the accelerated increase in the prevalence of obesity and the poor response to conventional long-term treatment. We started from a paternalistic and hierarchical therapeutic model between doctor and patient, to a model of shared decisions that aims to empower the patient in controlling his disease, and making decisions. This article aims to review and provide some management guidelines that promote a practical patient-centered approach and the importance of enhancing the person's adherence to the program as a measure of treatment success. Another key aspect reviewed in this document is the communication model between the therapist and the patient through the motivational interview, to generate a change-oriented process. To finalize this first approach, aspects related to treatment adherence will be briefly considered due to its close relationship with maintaining long-term weight loss. Finally, and given the pandemic situation that we are experiencing, we consider relevant aspects that have a special impact on the population to which we refer in this article.

**Keywords:** motivational interview, overweight, obesity, COVID-19.

## Introducción

La obesidad es un problema importante de salud pública, con un impacto muy negativo tanto para la salud como para la sociedad. La prevalencia de la enfermedad aumenta continuamente en todo el mundo, especialmente en países de ingresos medios<sup>1</sup>. Por tanto, optimizar el manejo de la patología en los centros sanitarios es esencial para el control de las comorbilidades, los costos económicos asociados y para aumentar la calidad de vida de las personas que la padecen<sup>2</sup>.

Las guías clínicas específicas recomiendan una aproximación multidisciplinar, centrada en el paciente, basada en cambios en la alimentación y la adquisición de un estilo de vida saludable. La estrategia terapéutica recomendada incluye la combinación de estrategias que se intensifican en función del grado de obesidad e incluyen modificación de la conducta que permita alcanzar una restricción calórica diaria, gestión emocional, tratamiento farmacológico y en los casos de obesidad grave, el tratamiento quirúrgico<sup>2-4</sup>.

Las intervenciones intensivas sobre el estilo de vida (programas estructurados, definidos, multicomponente) permiten alcanzar pérdidas de entre un 5-10% del peso inicial al año de intervención. Es importante resaltar que dicha pérdida de peso, se asocia a beneficios significativos claros para la salud. Sin embargo, un número no despreciable de pacientes recupera parte del peso perdido con el paso del tiempo por lo que el mantenimiento del éxito resulta un desafío<sup>5</sup>. Diversos estudios han observado que la participación activa y la adhesión del paciente al programa son un elemento esencial para alcanzar el éxito<sup>6,7</sup>. Por otro lado, parece indispensable considerar la necesidad de asegurar una máxima comprensión de la patología por parte del terapeuta, que permita actuar con empatía y profundizar en el conocimiento de las barreras que cada persona tiene para enfocar el problema con cierto éxito. En este artículo, trataremos algunas de ellas que consideramos de ayuda y utilidad y sin duda servirán para mejorar nuestra comunicación y relación con el paciente. Sin embargo, antes de empezar, destacaremos, algunos puntos clave a tener en cuenta para facilitar la adhesión al programa y optimizar sus resultados.

### Puntos clave a tener en cuenta

- Evitar el estigma: La estigmatización del paciente que padece obesidad y enfermedades asociadas, se ve con frecuencia en diferentes entornos de atención médica. En este sentido, es importante considerar que el peso corporal se regula de una manera biológica, y la dificultad en mantener la pérdida de peso, no es únicamente cuestión de falta de voluntad, si no que es parte de la enfermedad<sup>8-10</sup>. Algunos profesionales mantienen una actitud y comunicación no verbal que favorece la culpabilidad en el paciente, aspecto que no ayudaría al cambio de éste.
- Un programa intensivo de pérdida de peso permite alcanzar buenos resultados.
  - Varios estudios epidemiológicos, siendo el más representativo el Look Ahead Study<sup>11</sup>, observaron que, con el tratamiento intensivo de cambio de hábitos, un 38% de pacientes pierde un 10% de su peso inicial, y que entre ellos, un 42% mantiene el peso perdido.
  - Los programas de cambio de estilo de vida permiten alcanzar pérdidas

de peso a largo plazo y mejoras en los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en un porcentaje significativo de pacientes con obesidad grave<sup>11, 12</sup>.

- Éxito a largo plazo: Se considera “mantenimiento del peso perdido” cuando un individuo pierde, de manera intencionada, un 10% de su peso y lo mantiene durante al menos un año<sup>13</sup>.
- El mantenimiento del peso perdido, es siempre un reto. Uno de cada 6 adultos con sobrepeso u obesidad ha conseguido mantener el peso perdido (pérdida de, al menos, un 10% de su peso)<sup>7</sup>.
- Importancia del equipo transdisciplinar y multicomponente: tal y como recogen las guías Europeas para el tratamiento de la obesidad, la multidisciplinariedad permitirá responder a las necesidades del paciente<sup>2</sup>.
- Se recomienda el diseño de programas de atención centrado en el paciente: ésta, tiene el potencial de ofrecer una atención más adaptada a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas o pluripatologías<sup>6</sup>.

### Adhesión al tratamiento: aspecto clave en el manejo de la enfermedad

Para aumentar la eficacia del manejo de las enfermedades crónicas es importante la implicación del paciente y la adquisición de estrategias que faciliten el cambio de comportamiento. La OMS considera 5 factores a tener en cuenta para favorecer la adhesión a los tratamientos. Estos son: a) factores socioeconómicos (donde se incluyen ambiente del individuo, creencias de su entorno ante la obesidad, sistema familiar y social, estatus económico y nivel de estudios, b) factores relacionados con el equipo sanitario (comunicación establecida por el personal sanitario y cómo transmite la información, objetivos graduales, utilización de refuerzos positivos o punitivos, entre otros), c) factores relacionados con la enfermedad (intentos anteriores de pérdidas de peso, creencias del paciente ante el problema de salud, autoeficacia percibida, entre otros), d) factores relacionados con el tratamiento (preferencias del individuo, recompensas que utiliza, estilo alimentario, ritmo de ingesta, etc.) y e) factores relacionados con el paciente (recursos, conocimientos, actitudes, creencias, expectativas del paciente, etc.). Por tanto, teniendo en cuenta estos factores anteriores se ha sugerido que los programas centrados en el paciente, permiten cubrir sus necesidades de manera más eficaz<sup>2</sup> y mantenida en el tiempo. Otro aspecto importante en el tratamiento es la co-creación. Sin embargo, aunque ésta estrategia no ha sido valorada específicamente en el abordaje terapéutico de la obesidad, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del paciente con pluripatologías<sup>6</sup>. Sea cual fuera el programa, el abordaje más adecuado consistirá, por un lado, en trabajar en el establecimiento de pactos conjuntos con el paciente para que lleve a cabo los cambios de conducta necesarios y por el otro, proporcionarles las habilidades y cambios cognitivos que favorezcan la confianza para que sean capaces de materializar el cambio<sup>14</sup>. Nos detenemos en este punto porque es esencial que la propuesta de cambio que vayamos a proponer al paciente esté exclusivamente centrada en él. Si bien se deben utilizar inexorablemente los recursos (humanos, económicos, materiales y de tiempo) de los que disponemos, el programa, deberá estar centrado en el pacto con el paciente, en explorar sus necesidades, sus representaciones cognitivas y sus expectativas, ya que, de esta manera, aumentará su motivación y facilitare-

mos por tanto su participación y adhesión a lo largo del tratamiento. Respecto a la adhesión, recordemos que varios autores<sup>15-16</sup>, han demostrado que es el factor más relevante (superior que la formula dietética que realiza el paciente) a la hora de valorar resultados. Eso significa que cuanto más tiempo permanezca el paciente en el programa, mejores resultados y beneficios obtendrá para su salud.

Como mencionamos anteriormente, se requieren intervenciones centradas en el paciente ya que no existe una estrategia de intervención única o un paquete de estrategias que haya demostrado ser eficaz en todos los pacientes, condiciones y entornos. En consecuencia, las intervenciones que tienen como objetivo la adhesión, deben ser adaptadas a las demandas particulares relacionadas con la enfermedad que experimenta el paciente. Los sistemas y centros proveedores de salud necesitan desarrollar los medios necesarios para evaluar con precisión no solo la adherencia, sino también aquellos factores que lo influyen.

Tal y como recoge el informe antes citado, los profesionales de la salud deben estar familiarizados en el desarrollo de estrategias que faciliten la adherencia. Para que esta práctica sea una realidad, los profesionales deben tener acceso a formación en gestión de la adherencia y formación en los cambios conductuales y modificación de hábitos. Los sistemas en los que trabajan deberían diseñar y apoyar iniciativas que respeten este objetivo. Tales necesidades de formación deberían abordar simultáneamente tres aspectos: conocimiento (información sobre adhesión), pensamiento (proceso de toma de decisiones clínicas y exploración de variables cognitivas) y acción (herramientas conductuales favorables para profesionales de la salud)<sup>17</sup>.

Por otro lado, se ha sugerido que un factor clave en mejora de la gestión de la adherencia requiere la implicación de la familia, la comunidad y la asociación de pacientes. Para brindar una atención eficaz a las enfermedades crónicas, es necesario que el paciente, la familia y la comunidad desempeñen un papel activo ya que se considera un factor importante que afecta los resultados y el comportamiento de la salud<sup>17</sup>.

### Motivación personal y psicoeducación

Como comentábamos anteriormente, de las 5 dimensiones que afectan a la adherencia según la OMS, solo una depende del paciente. De los factores relacionados con el paciente, nos interesará conocer aquellos aspectos, como el conocimiento y creencias del paciente sobre su enfermedad, la gestión emocional que realiza ante los conflictos, el nivel de autoeficacia en el manejo alimentario y en la gestión de la ingesta y su capacidad para llevar a cabo conductas para el automanejo, las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de una baja adherencia. También, se han identificado, entre otros, la relación con su terapeuta, la distancia al centro de salud, sentimientos negativos, la frustración, ansiedad y la falta de aceptación con los resultados, acúmulo de tratamientos frustrados y miedo al fracaso, entre otros otros<sup>17,18</sup>. Es importante considerar que muchas de estas emociones, han sido experimentadas por nuestros pacientes que padecen obesidad.

Para centrar el tema, destacamos 2 elementos claves relacionados entre sí que

deben valorarse y plantearse antes de iniciar el tratamiento. Estos son, la motivación de la persona y la psicoeducación, tanto a nivel alimentario como de determinadas variables psicológicas. Para la motivación tendremos que tener en cuenta la entrevista motivacional (EM)<sup>19</sup> y para trabajar aspectos relacionados con la psicoeducación, se deberían trabajar aspectos tales como: conocimiento de la alimentación saludable, efectos del sobrepeso en la salud, desarrollo de objetivos realistas, autoeficacia, atribución de resultados, entre otros. Por otro lado, se han identificado ciertas actitudes terapéuticas consideradas claves para aumentar la adherencia al tratamiento (Tabla 1).

Intervenciones para mejorar la adherencia a los cambios propuestos
Informar sobre el tratamiento a seguir teniendo en cuenta y explicándole que la motivación fluctuará a lo largo del tiempo de intervención.
Observación y registro por parte del paciente de los alimentos que elige y del ejercicio físico que realiza (línea base antes de la intervención).
Observación de la influencia de las emociones en la ingesta alimentaria recogiénola en el registro.
Explicar las dificultades con las que puede encontrarse para que disminuya la sensación de culpa o la sensación de incompetencia.
Fomentar la autoeficacia y participación del paciente para que adopte una actitud cumplidora, proponiéndole objetivos graduales, conseguibles y realizando una atribución propia tras conseguirlos.
Escucha activa por parte del profesional sin emitir juicios negativos, Para establecer Adherencia al programa y que el paciente se sienta motivado es importante tener en cuenta el no culpabilizar al paciente y por tanto no emitir juicios negativos ante su actitud o consideraciones y fortalecer la relación con el profesional sanitario, dado que la vinculación con el individuo genera confianza y la confianza tiene una posibilidad más alta de generar una acción adecuada en la persona.
Soporte social y familiar: analizar si en su entorno familiar y social tiene un soporte o ayuda o por el contrario, se le enjuicia de forma negativa, frecuentemente.

Tabla 1. Intervenciones para mejorar la adherencia a los cambios propuestos.

## La Entrevista Motivacional (EM) como estrategia para generar el cambio

La EM es un estilo de comunicación centrado en el paciente. Utilizado ampliamente para modificar el comportamiento o conducta que afecta negativamente a la salud. Uno de los objetivos de la entrevista motivacional es aumentar la percepción del paciente sobre su capacidad (autoeficacia) para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio. Actitud predictiva de éxito a la hora de trabajar con personas por ejemplo con una adicción y en el seguimiento de pautas de tratamiento en personas con enfermedades crónicas<sup>19</sup>.

En la Tabla 2 se detallan los 5 principios básicos que rigen esta “forma de ser y estar con el paciente” y que permite general el ambiente propicio para el cambio de conducta.

La EM es una estrategia que se promueve desde las sociedades científicas para el tratamiento de la obesidad<sup>2</sup>, además, es ampliamente utilizada y su aplicabilidad, junto al asesoramiento dietético ha demostrado una mayor eficacia frente a otras aproximaciones en atención primaria<sup>22</sup>. Sin embargo, los estudios no son del todo concluyente y es necesario llevar a cabo estudios en poblaciones con diversas características para obtener evidencias más concluyentes.

Principios básicos de la Entrevista Motivacional	
<b>Expresar empatía</b>	La actitud clave es una escucha respetuosa del paciente con un deseo de comprensión de sus opiniones o vivencias. Esta actitud del profesional favorece y fomenta la autoestima del paciente, una condición importante para el cambio del individuo y para generar una acción <sup>20</sup> .
<b>Crear discrepancia</b>	El terapeuta debería ser capaz de provocar una concienciación en la persona de los costes que representa su conducta actual negativa evitando que se sienta coaccionado o presionado. Cuando una conducta se cree que está en conflicto con objetivos personales importantes el cambio ocurrirá con una cierta probabilidad.
<b>Evitar la discusión</b>	Los principios básicos de una entrevista para generar motivación para el cambio serían aumentar la conciencia del individuo sobre sus conductas problemáticas o no deseadas actuales y la necesidad de hacer algo para cambiarlas. Generar discusión o fomentar la confrontación no es una técnica adecuada para generar cambios de conducta.
<b>Darle un giro a la resistencia</b>	Desde el enfoque motivacional la entrevista con el paciente no debe estar centrada en ganar o perder como profesionales. El paciente no es un oponente al que se deba vencer. En este punto es importante que el profesional sugiera nuevos puntos de vista y no una imposición a seguir un plan terapéutico.
<b>Fomentar la auto-eficacia</b>	La auto-eficacia es un elemento clave en la motivación para el cambio <sup>21</sup> . Se entiende como la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea concreta.

Tabla 2. Principios básicos de la Entrevista Motivacional.

## Estrategias que facilitan el cambio de conducta

El programa de re-educación alimentaria y estilos de vida implica comprender la motivación y trabajar en ella durante el programa. Aunque sabemos que modificar este estado dependerá del paciente, nuestra intervención es clave y puede resultar favorable si se realiza de forma adecuada. De la misma manera, tener una actitud totalmente desacertada, podría resultar negativa para el paciente y por lo tanto, antiterapéutica. En este contexto, es importante destacar, que las propias expectativas del profesional sobre las posibilidades que tiene el paciente de mejorar, pueden también tener un impacto muy poderoso sobre los resultados terapéuticos de la persona<sup>23</sup>.

Al abordar la promoción de conductas saludables, es necesario considerar:

- a. Entrenamiento en entrevista clínica: El dominio de esta técnica tiene especial interés en la formación del personal sanitario para la promoción de la adhesión. En general, es recomendable el entrenamiento en habilidades de escucha activa. Una de las técnicas de entrevista que se está mostrando como un método eficaz para favorecer la adhesión es, como comentamos anteriormente la entrevista motivacional.

El modelo transteórico de Prachaska y Diclemente<sup>23-25</sup>. Dicho modelo ha permitido entender y promover el proceso de cambio por lo que podría atravesar una persona que sufre algún tipo de trastorno adictivo u otros trastornos de comportamiento relacionados con la salud. El modelo contempla 6 etapas por las que atraviesa una persona que está en proceso de cambio de un problema. Brevemente, las etapas contemplan<sup>23</sup>: 1) Precontemplación: La persona todavía no ha considerado que tenga un problema o que nece-

site introducir un cambio en su vida. En consecuencia, no suelen acudir por cuenta propia a terapia. 2) Contemplación: La persona considera y rechaza el cambio a la vez, se siente ambivalente. Aunque es consciente del problema, la balanza que recoge los motivos para cambiar y los motivos para continuar igual está muy equilibrada. 3) Preparación: También llamada etapa de "Determinación". La persona está motivada hacia el cambio, lo que para el terapeuta supone un período ventana para aconsejar el recurso terapéutico más beneficioso. 4) Acción: La persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio, por lo que el objetivo es cambiar el problema que se desea resolver. En caso de no conseguir que la persona avance hasta esta cuarta etapa, ésta retrocederá a la etapa anterior. En la etapa de 5) Mantenimiento: Se intenta mantener en el tiempo el cambio conseguido en la etapa de "Acción" y prevenir recaídas. 6) Recaída: La persona vuelve a realizar el comportamiento que había cambiado o estaba en proceso de cambiar. Tras esto, el sujeto vuelve a una etapa anterior; es labor del terapeuta motivar y consolar al paciente para que la regresión se dé en una etapa lo más cercana posible a la acción. Se ha sugerido, que los diferentes estados o fases de cambio pueden predecir la participación, abandono, eficacia, mantenimiento y mejora del tratamiento<sup>26</sup>. Establecer un tratamiento individualizado adaptado, en lo posible, al estilo de vida del paciente.

- b. Objetivos graduales que favorezcan la sensación de "ser capaz".
- c. Averiguar los intereses puntuales del paciente.
- d. Negociar los cambios y fijando secuencialmente las metas o tareas.
- e. Reforzar el seguimiento de las prescripciones / indicaciones dadas al paciente.
- f. Cuando haya que introducir nuevas pautas en la vida del paciente o cambios en sus rutinas, la familia puede jugar un papel valioso como supervisores y dispensadores de atención al cumplimiento de las prescripciones pactadas.

## Consideraciones finales y conclusión

Como terapeutas especializados en el tratamiento del sobrepeso y obesidad, necesitamos estar familiarizados con los aspectos claves que pueden influir, de manera positiva o negativa, en los resultados de la intervención, no solo en términos de parámetros clínicos o antropométricos sino también sobre la calidad de vida y modificación del comportamiento. Es indispensable tratar al paciente con respeto, consideración y sin estigmatización, y considerarlo como su propio gestor en su enfermedad. El paciente ocupa un papel central en las decisiones sobre su tratamiento. Si está disponible, un equipo inter y multidisciplinario que incluya médicos de cabecera, expertos en obesidad, nutricionistas / dietistas, psicólogos/ psiquiatras, especialistas de actividad física y enfermeras, parece ser la forma más eficaz de tratar la obesidad, en la actualidad.

Mejorar la adhesión requiere un proceso continuo y dinámico. Los proveedores de atención médica deben poder evaluar la disposición del paciente y su adhesión al plan terapéutico pactado, elaborar programas mediante la co-creación para que estén centrados en el paciente y monitorizar el seguimiento del progreso del paciente a largo plazo. En base a esas observaciones, es importante incluir en el programa de pérdida de peso una fase de intervención centrada



en el mantenimiento del peso perdido que tendrá el objetivo de consolidar los hábitos favorables adquiridos que facilitaron la pérdida de peso.

Hay varios factores y estrategias a desarrollar para optimizar la adherencia al tratamiento. Muchas de estas acciones serán propias de cada persona, situación y contexto, y por lo tanto necesitan individualizarse. Sin embargo, y debido a la multifactorialidad de variables, se necesita un enfoque multidisciplinario hacia la adherencia. Es necesario un mayor compromiso por parte del sistema sanitario, centros de salud, profesionales y la comunidad para avanzar en este área.

### Consideraciones específicas respecto al COVID-19

COVID-19 (SARS-CoV-2), un beta-coronavirus relacionado con el virus SARS1, surgió en Wuhan, China, en diciembre de 2019. Se propagó rápidamente en todo el mundo, causando una tensión sin precedentes en los sistemas de salud<sup>27</sup>. Como medida urgente para limitar la propagación de la enfermedad, muchos gobiernos de todo el mundo establecieron la cuarentena, lo que obligó a millones de personas a permanecer en el interior y mantener el aislamiento durante un largo período<sup>28</sup>.

Es importante considerar que el confinamiento puede provocar un aumento de peso y consecuencias metabólicas indeseables. La disminución del ocio, las actividades, el aburrimiento, el aumento del tiempo dedicado a ver la televisión y el fácil acceso a los alimentos pueden favorecer el picoteo y la sobrealimentación<sup>29,30</sup>. Además, como resultado del confinamiento, la actividad física regular puede ser más difícil de mantener contribuyendo a un balance energético positivo. Por otro lado, el aislamiento social y el confinamiento debido a COVID-19 se han relacionado con trastornos psicológicos, del estado de ánimo y del sueño<sup>31-36</sup> que, a su vez, podrían influir negativamente en las conductas alimentarias<sup>37-41</sup>. De hecho, la mayoría de las encuestas realizadas en la población general mostraron una disminución significativa de la actividad física y la adopción de patrones dietéticos negativos en una proporción sustancial de personas<sup>42-47</sup>. Las personas con obesidad pueden ser más susceptibles a sufrir resultados negativos durante el confinamiento. Esta población es especialmente vulnerable a la angustia psicológica, la alimentación emocional y los trastornos alimentarios y podría ser más propensa al aumento de peso<sup>38,48</sup>. Además, existe una carga adicional para algunos, asociada a la interrupción de su tratamiento crónico habitual debido a cambios en la actividad hospitalaria<sup>49</sup>.

Un estudio reciente llevado a cabo en nuestra población de personas que se siguen en la unidad de obesidad demostró que un alto nivel de preocupación por estar infectado por SARS-CoV-2 moduló negativamente la respuesta psicológica y dietética al confinamiento. Los participantes con el mayor nivel de preocupación mostraron cambios más amplios no solo en las relaciones sociales y familiares, el estado de ánimo y el sueño, sino también en los hábitos alimentarios y la actividad física. Aquellos pacientes que manifestaron mayores niveles de preocupación, aislamiento, trastornos del sueño o del estado de ánimo durante el confinamiento también reportaron un peor impacto en los hábitos alimentarios. La existencia de relaciones complejas y bidireccionales entre la salud mental, la soledad, la calidad del sueño, los hábitos alimentarios y la actividad física está bien reconocida<sup>36,37,39,50-51</sup>. Estos hallazgos, sin embargo, señalaron la necesidad de proporcionar un mayor apoyo psicológico a las perso-

nas con obesidad durante este tiempo, especialmente en aquellos que padecen de ansiedad y redes de apoyo familiar o social mas reducidas. La telemedicina podría representar una alternativa valiosa durante este tiempo o durante otras circunstancias en las que el contacto cara a cara no es posible ya que ha demostrado ser eficaz en pacientes que padecen obesidad <sup>52-53</sup>.

### Referencias

1. Collaboration NC; NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017; 390(10113): 2627–42.
2. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, Widmer D, Yumuk V, Schutz Y. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66.
3. Bray GA, Heisel WE, Afshin A, Jensen MD, Dietz WH, Long M, Kushner RF, Daniels SR, Wadden TA, Tsai AG, Hu FB, Jakicic JM, Ryan DH, Wolfe BM, Inge TH. The Science of Obesity Management: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocr Rev*. 2018 1;39(2):79-132.
4. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, Obesity Expert Panel, 2013. Executive summary: Guidelines (2013) for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Obesity Society published by the Obesity Society and American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Based on a systematic review from the The Obesity Expert Panel, 2013. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22 Suppl 2:S5-39.
5. Look AHEAD Research Group. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22(1):5-13.
6. Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res*. 2019 8;19(1):13].
7. Kraschnewski JL, Boan J, Esposito J, Sherwood NE, Lehman EB, Kephart DK, Sciamanna CN. Long-term weight loss maintenance in the United States. *Int J Obes (Lond)*. 2010;34(11):1644-54.
8. Willer CJ, Speliotes EK, Loos RJ, Li S, Lindgren CM, et al. Genetic Investigation of Anthropometric Traits Consortium. Six new loci associated with body mass index highlight a neuronal influence on body weight regulation. *Nat Genet*. 2009;41(1):25-34.
9. Stunkard AJ, Foch TT, Hrubec Z. A twin study of human obesity. *JAMA*. 1986, 4;256(1):51-4.

10. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr.* 2005;82(1 Suppl):222S-225S.
11. Unick JL, Beavers D, Jakicic JM, Kitabchi AE, Knowler WC, Wadden TA, Wing RR; Look AHEAD Research Group. Effectiveness of lifestyle interventions for individuals with severe obesity and type 2 diabetes: results from the Look AHEAD trial. *Diabetes Care.* 2011;34(10):2152-7.
12. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 2002;7:346(6):393-403.
13. Wing RR, Hill JO. Successful weight loss maintenance. *Annu Rev Nutr.* 2001;21:323-41.
14. Time crunch: PCPs swamped with chronic care management. *Disease Management Advisor,* 2005;11,(7):73-78.
15. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *JAMA.* 2005; 5;293(1):43-53.
16. Shai I, Schwarzfuchs D, Henkin Y, Shahar DR, Witkow S, Greenberg I, Golan R, Fraser D, Bolotin A, Vardi H, Tangi-Rozental O, Zuk-Ramot R, Sarusi B, Brickner D, Schwartz Z, Sheiner E, Marko R, Katorza E, Thiery J, Fiedler GM, Blüher M, Stumvoll M, Stampfer MJ; Dietary Intervention Randomized Controlled Trial (DIRECT) Group. Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. *N Engl J Med.* 2008,17;359(3):229-41.
17. [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/). Ultimo acceso 14/10/2020.
18. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research,* 1999, 47:555-567.
19. Miller WR, Rollnick, S. *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.) (2002). New York: Guilford Press.
20. Miller WS, Ross G. Toward a Theory of Motivational Interviewing. *Am Psychol.* 2009; 64(6): 527–537.
21. Bandura, A. *Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change* Psychological Review Stanford University, 1977; 84, 2:191-215.
22. Resnicow K, McMaster F, Bocian A, Harris D, Zhou Y, Snetselaar L, Schwartz R, Myers E, Gotlieb J, Foster J, Hollinger D, Smith K, Woolford S, Mueller D, Wasserman RC. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: a RCT. *Pediatrics.* 2015 Apr;135(4):649-57.
23. Leake GJ, King SA. Effect of counselor expectations on alcoholic recovery. *Alcohol Health and Research World.* 1977;11(3):16–22 Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1983; 51: 390–395.

24. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Jour Consulting Clin Psyc* (1983). 51, 390–395.
25. Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.) 1986, *Treating addictive behavior: Processes of change* New York: Plenum 3–27.
26. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross, JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 1992; 47: 1102–1114.
27. Pascarella G., Strumia A., Piliago C. et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *J Intern Med* 2020.
28. Wang Y., Wang Y., Chen Y., Qin Q. Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19) implicates special control measures. *J Med Virol* 2020; 92:568-576.
29. Francis H.M., Stevenson R.J., Oaten M.J., Mahmut M.K., Yeomans M.R. The Immediate and Delayed Effects of TV: Impacts of Gender and Processed-Food Intake History. *Front Psychol* 2017; 8:1616
30. Moynihan A.B., van Tilburg W.A., Igou E.R., Wisman A., Donnelly A.E., Mulcaire J.B. Eaten up by boredom: consuming food to escape awareness of the bored self. *Front Psychol* 2015; 6:369.
31. Cellini N., Canale N., Mioni G., Costa S. Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *J Sleep Res* 2020;e13074
32. Mazza C., Ricci E., Biondi S. et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17
33. Ozamiz-Etxebarria N., il-Santamaria M., Picaza-Gorrochategui M., Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica* 2020; 36:e00054020
34. Wang C., Pan R., Wan X. et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17.
35. Wolf M.S., Serper M., Opsasnick L. et al. Awareness, Attitudes, and Actions Related to COVID-19 Among Adults With Chronic Conditions at the Onset of the U.S. Outbreak: A Cross-sectional Survey. *Ann Intern Med* 2020.
36. Xiao H., Zhang Y., Kong D., Li S., Yang N. Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Med Sci Monit* 2020; 26:e923921.
37. Cardi V., Leppanen J., Treasure J. The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neurosci Biobehav Rev*

- 2015; 57:299-309.
38. Gluck M.E. Stress response and binge eating disorder. *Appetite* 2006; 46:26-30.
  39. Hawkey L.C., Thisted R.A., Cacioppo J.T. Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychol* 2009; 28:354-363.
  40. Roberts C.J., Campbell I.C., Troop N. Increases in weight during chronic stress are partially associated with a switch in food choice towards increased carbohydrate and saturated fat intake. *Eur Eat Disord Rev* 2014; 22:77-82.
  41. Torres S.J., Nowson C.A. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition* 2007; 23:887-894.
  42. Ammar A., Brach M., Trabelsi K. et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients* 2020; 12.
  43. Di R.L., Gualtieri P., Pivari F. et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *J Transl Med* 2020; 18:229.
  44. Rodríguez-Pérez C., Molina-Montes E., Verardo V. et al. Changes in Dietary Behaviours during the COVID-19 Outbreak Confinement in the Spanish COVIDiet Study. *Nutrients* 2020; 12
  45. Scarmozzino F., Visioli F. Covid-19 and the Subsequent Lockdown Modified Dietary Habits of Almost Half the Population in an Italian Sample. *Foods* 2020; 9.
  46. Sidor A., Rzymiski P. Dietary Choices and Habits during COVID-19 Lockdown: Experience from Poland. *Nutrients* 2020; 12.
  47. Simon G.E., Von K.M., Saunders K. et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:824-830.
  48. Rubino F., Cohen R.V., Mingrone G. et al. Bariatric and metabolic surgery during and after the COVID-19 pandemic: DSS recommendations for management of surgical candidates and postoperative patients and prioritisation of access to surgery. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2020; 8:640-648
  49. Chua J.L., Touyz S., Hill A.J. Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: an experimental study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28:606-610.
  50. Dashti H.S., Scheer F.A., Jacques P.F., Lamon-Fava S., Ordovás J.M. Short sleep duration and dietary intake: epidemiologic evidence, mechanisms, and health implications. *Adv Nutr* 2015; 6:648-659.
  51. Henriksen R.E., Torsheim T., Thuen F. Loneliness, social integration and consumption of sugar-containing beverages: testing the social baseline theory. *PLoS One* 2014; 9:e104421.

52. Huang J.W., Lin Y.Y., Wu N.Y. The effectiveness of telemedicine on body mass index: A systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare* 2019; 25:389-401.
53. Morriss R., Patel S., Malins S. et al. Clinical and economic outcomes of remotely delivered cognitive behaviour therapy versus treatment as usual for repeat unscheduled care users with severe health anxiety: a multicentre randomised controlled trial. *BMC Med* 2019; 17:16.