

## **Tratamiento de mujeres con sobrepeso y la obesidad. 2007-2008.**

### **Autores:**

Dra. Ligia M Marcos Plasencia \*  
Est. de Psicología Lisette Rodríguez Marcos\*\*  
Lic. Martha Beatriz Pérez Santana\*\*\*  
Lic. Maribel Caballero Riverí\*\*\*\*

\* Master en Nutrición. Esp. de IIG en Nutrición y en Pediatría. Invest. Auxiliar. INN. Cuba

\*\* Estudiante de Psicología de 5to año. Facultad Hospital Calixto García. Cuba

\*\*\*Lic. en Nutrición y Dietética. INN. Cuba

\*\*\*\*Lic. en Enfermería. Master en Nutrición. INN. Cuba

### **Contacto:**

Dra. Ligia M. Marcos Plasencia  
e-mail: [ligiamarcos@infomed.sld.cu](mailto:ligiamarcos@infomed.sld.cu)

**Resumen:**

El Grupo de Apoyo Nutricional (GAN) del Instituto de Neurología y Neurocirugía (INN) inició una consulta de obesidad en adultos en el año 2007, por la afluencia de pacientes que por exceso de peso son remitidos a la consulta de nutrición, procedentes del servicio de enfermedad cerebrovascular. Hasta la fecha se han visto 390 pacientes y de estos 330 son del sexo femenino (84,6%). El **propósito** de este trabajo es tener elementos en relación a las causas del abandono del tratamiento contra el sobrepeso y la obesidad en mujeres. El **objetivo** fue analizar factores relacionados con el abandono del tratamiento en las mujeres sobrepeso y obesas atendidas en la consulta de nutrición. El **método** fue seleccionar la población femenina dentro del grupo de pacientes tratados y tomar algunas variables de las registradas para correlacionarlas con la adhesión al tratamiento en cada paciente. Se obtuvo como **resultados** que las pacientes de menor edad y las de nivel intelectual medio y superior, así como las que tienen un grado menor de sobrepeso tienen mejor adhesión al tratamiento; mientras que presentar un mayor grado de obesidad, tener como ocupación la de manipuladoras de alimentos y tener el lugar de residencia alejado del centro asistencial, pueden influir negativamente. Se **concluyó** que debe tenerse en cuenta estos factores para trazar estrategias de intervenciones específicas y más efectivas para el sobrepeso y la obesidad.

**Palabras claves:** sobrepeso, obesidad, mórbida, adhesión al tratamiento, prevención, mujeres.

**Fecha:** Diciembre 2008

## **Introducción**

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Los últimos cálculos de la OMS (Organización Mundial de la Salud) indican que en el 2005 había en todo el mundo: aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso y al menos 400 millones de adultos obesos; calcula además, que en el 2015 habrá un incremento tal que se espera aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.<sup>1</sup>

La obesidad es una enfermedad multifactorial, crónica que se desarrolla por la interacción del genotipo y el ambiente, donde intervienen factores bio-fisiológico, psíquicos, conductuales, culturales y socioeconómicos, que también juegan un papel significativo en la etiología de la obesidad.<sup>2,3,4,5,6</sup>

El problema de la obesidad, tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, está tomando grandes dimensiones. Por su puesto, que no ha tenido la misma evolución en los diferentes escenarios poblacionales, pues sujeto a condicionantes históricas, culturales, sociales, económicas y cronológicas, en algunos grupos ha sido más aguda y explosiva la aparición de la obesidad y el sobrepeso, mientras en otros grupos ha sido más lenta, o incluso en ocasiones ha sido sobrevalorado, pero lo cierto es que globalmente va en aumento, lo que se evidencia en la literatura médica y paramédica, donde cada año crecen el número de artículos que tratan sobre la obesidad, su prevención y su tratamiento.<sup>7</sup> Por lo demás, mientras en algunos sitios las mujeres sobrevaloran el fenómeno, en otros no son capaces de interiorizar la idea de que pueden dañar seriamente su salud.

El aumento en la prevalencia de obesidad se asocia con un incremento de los procesos mórbidos crónicos, una disminución de la calidad de vida del individuo, un empeoramiento de la capacidad laboral y un aumento de los factores de riesgo cardiovascular, lo que conlleva a un incremento importante de los costos asistenciales.<sup>8,9</sup>

La aterogénesis en obesos es un estado frecuente, añadiendo un factor de riesgo a la morbilidad asociada, pues favorece además, un incremento de los fenómenos oxidativos. En mujeres premenopáusicas, se ha podido comprobar que las obesas muestran una mayor oxidación de partículas de lipoproteínas, singularmente c-VLDL (lipoproteínas de muy baja densidad) y c-LDL (lipoproteínas de baja densidad). En este mismo estudio se observó también una correlación significativa entre fenómenos oxidativos e índice de masa corporal (IMC), índice cintura/cadera y valores séricos de lípidos y ácidos grasos libres. Se ha encontrado una asociación entre obesidad y mayor riesgo de ictus, lo que puede deberse a la relación comprobada de la obesidad, con la HTA, dislipidemia, hiperinsulinemia y la intolerancia a la glucosa. El

patrón de obesidad central, caracterizado por los depósitos de grasa abdominales y torácicos, se asocia más estrechamente con el riesgo de aterosclerosis e ictus.<sup>10</sup>

En cuanto a las peculiaridades del riesgo cardiovascular atribuible a la obesidad en la mujer, en el conocido Nurses Health Study se observó que pequeños incrementos de peso se asociaban con una elevación del riesgo de diabetes en el seguimiento posterior y que la comorbilidad de la obesidad era proporcional al grado de sobrepeso. En la revisión de Anderson y col.<sup>11</sup> se postula que el riesgo coronario del aumento de peso es mayor en mujeres que en varones: por cada kilogramo de aumento de peso en adultos aumenta el riesgo de enfermedad coronaria en 5,7% para las mujeres y 3,1% para los hombres.

La obesidad femenina frente a la masculina está influenciada por circunstancias como la menopausia, el embarazo o la administración de preparados hormonales, que inciden negativamente en el peso corporal.

También la morbilidad asociada a la gestación (preeclampsia, cesárea, instrumentación del parto, distress respiratorio fetal, post término) es mayor en mujeres sobrepeso y obesas.<sup>12</sup>

Una proporción alta de incontinencia urinaria y anal en mujeres mórbidamente obesas con criterio de cirugía, se ha considerado en el estudio de una encuesta de 180 mujeres entre 16-55 años, con IMC de 40 o más, donde el 66,9% informó incontinencia urinaria, 32% informó incontinencia anal.<sup>13</sup>

Varios millones de personas en Europa se esfuerzan en adelgazar, mediante un régimen dietético y la mayor parte de las veces es para mejorar su apariencia. Los resultados son por desdicha desalentadores. Las estadísticas admiten que si la mayoría de los candidatos en el proceso del adelgazamiento pierden un promedio de 10% de su peso corporal, vuelven a ganar las dos terceras partes en el año siguiente y la tercera parte en los 5 años que siguen.<sup>14</sup>

El individuo obeso se enfrenta a dos obstáculos de primer orden como es la disposición y el esfuerzo propio para luchar con su enfermedad, y por otra parte la discriminación que sufre por sus semejantes. La población en general así como los propios profesionales de la asistencia médica dan un enfoque culpabilístico al obeso de una manera absoluta, donde el individuo enfermo es el único responsable porque come demasiado o no hace suficiente actividad física. Todos esos hechos ponen en evidencia que los métodos de adelgazamiento aislados son de modo general, ineficaces a largo plazo<sup>15,16</sup>

El objetivo principal del tratamiento debe ser la reducción substancial de peso en un período prolongado; pero antes de iniciar cualquier tipo de intervención hay que evaluar la motivación del paciente, la historia alimentaria, los intentos de pérdida de peso previos, la situación social y laboral, nivel económico, como la existencia o no de enfermedades concomitantes que den lugar a factores de riesgo cardiovascular. No olvidar indagar sobre el nivel de actividad física que realiza, como elemento complementario para las acciones de corrección de estilos de vida.<sup>8</sup>

Es frecuente que la mayoría de los enfermos de obesidad y sobrepeso, desean adelgazar por problemas estéticos, no dando la mayor importancia a la preservación de su salud. En realidad las autoridades sanitarias bien conocedoras del peligro potencial que representa el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) para la prolongación de la vida y una buena calidad de la misma, toman en serio la búsqueda de soluciones y entre ellas está la gestión de aumentar la información a la población e influenciar en el cambio de conductas, con fundamentos verdaderamente científicos y que contrarresten las informaciones infundadas sobre métodos “mágicos” para adelgazar sin necesidad de cambiar estilos de vida y con el empleo de productos “maravillosos”, que en el fondo tienen intereses comerciales.

Se crean programas para lograr pérdida de peso en individuos afectados pero no siempre son eficaces, pues para dar como verdaderamente eficaz un programa o simplemente un grupo de acciones de salud contra el sobrepeso y la obesidad, debe resultar la pérdida de peso de los individuos y estabilidad del mismo, además de un cambio de sus estilos de vida.<sup>17</sup>

Alcanzar estos resultados es responsabilidad conjunta del paciente y del profesional de la salud. Cualquiera que sea el valor del programa, sólo el paciente puede ponerlo en práctica y el profesional de la salud es el más indicado para transmitir información y todo tipo de influencias positivas, así como el apoyo necesario en caso de períodos de estancamiento, recaída o variaciones cíclicas del peso.

La combinación dieta, ejercicio y terapia de conducta es más eficaz que los componentes individuales aislados para lograr pérdida de peso sostenida, y por supuesto las medicaciones no es un reemplazo para la dieta y ejercicio.

Aún no se consigue una disminución de las tasas de obesidad y sobrepeso, aunque son incontables los intentos por definir estrategias terapéuticas, por tanto la lucha contra la pandemia de obesidad hay que librarla desde múltiples direcciones y no valen acciones aisladas y mucho menos unidireccionales.

## **Objetivo**

Analizar factores relacionados con el abandono del tratamiento contra el sobrepeso y la obesidad en mujeres.

## **Método**

En el Instituto de Neurología y Neurocirugía (INN) se inició una consulta de obesidad en adultos en el año 2007, por la afluencia de pacientes con exceso de peso remitidos a la consulta de nutrición, procedentes del servicio de enfermedad cerebrovascular, al considerar la mala nutrición un elemento a corregir en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad cerebrovascular. Hasta enero del 2009 fueron vistos 390 pacientes y de estos 330 son del sexo femenino (84,6%). Se seleccionó para este estudio la población femenina por constituir la gran mayoría de los allí tratados. En la consulta se lleva un registro de cada paciente que permite la caracterización de los mismos desde el punto de vista de identidad, antropometría,

evaluación del estado nutricional, historia alimentaria, ingesta promedio, antecedentes patológicos personales, ocupación. El estado nutricional antropométrico fue evaluado según los puntos de corte del Índice de Masa Corporal (IMC)<sup>18,19</sup>. Las mensuraciones fueron tomadas en balanza marca SECA.

El **Protocolo de Tratamiento**<sup>15</sup> empleado consiste en una técnica grupal que incluye consulta de captación y consultas de seguimiento, la indicación de un régimen dietético personalizado acorde a las individualidades de cada paciente (sexo, edad, talla, IMC actual, peso deseable, enfermedades concomitantes, nivel de actividad física) y la terapia educativa con diferentes técnicas de comunicación. El régimen dietético es continuo y tiene la característica de un aporte calórico mínimo necesario para lograr el peso deseable y una distribución porcentual calórica baja en grasa (entre un 17 y un 22%), con la proteína entre un 10 y un 12% y el resto en forma de carbohidratos complejos y menos de un 5% de la energía en forma de azúcares simple. Se cumple con las recomendaciones nutricionales diarias<sup>20,21</sup> en micro nutrimentos.

Se tomaron algunas variables de las registradas en la base de datos en Excel (Cuadro 1) para correlacionarlas con la adhesión al tratamiento en cada paciente, y el análisis incluyó medidas descriptivas (promedio) para la caracterización de la muestra y de regresión logística para la correlación de variables.

Se consideró el criterio de categorizar cualitativamente la “adhesión al tratamiento” en **Buena** y **Mala** como aparece en el Cuadro 1, lo cual fue evaluado al año de tratamiento en cada paciente. No se incluyó resultados que deben ser esperados a mediano o largo plazo como son el “**mantenimiento o estabilización del peso corporal**” y los “**cambios de estilos de vida**”, por considerar que dichos resultados deben ser evaluados en un seguimiento continuado de los casos<sup>15,17</sup>. De igual forma no se incluyó la “mejoría de las complicaciones relacionadas con la obesidad” dentro del criterio de “adhesión al tratamiento”, en espera de hacer un análisis posterior.

Cuadro 1. Operacionalización de variables.

<b>Variables</b>	<b>Tipo</b>	<b>Expresión</b>	<b>Operacionalización</b>
<b>Grupo etéreo</b>	cuantitativa	años	18 a 29 30 a 59 60 y más
<b>Estado Nutricional según IMC</b>	cuantitativa	Kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso (de 25 a 29,9) Obeso (de 30 a 39,9) Obeso mórbido (de 40 o más)
<b>Ocupación laboral</b>	cualitativa	categoría	Ama de casa Manipuladora de alimentos Otros trabajos no intelectuales Intelectual
<b>Nivel de escolaridad</b>	cualitativo	categoría (por nivel vencido)	Secundario Medio Universitario
<b>Antecedentes patológicos personales</b>	cualitativo	Si o No	Si: con historia de episodio de Ictus previos
<b>Lugar de procedencia</b>	cualitativo	categoría	Ciudad de La Habana Provincia Habana Otras provincias
<b>Adhesión al tratamiento</b>	cualitativo	Buena o Mala	<b>Buena:</b> continúa el tratamiento asistiendo a controles hasta un año y obtiene resultados (disminuye peso). <b>Mala:</b> no hay resultados de disminución de peso o aquellos casos que abandonaron las consultas de seguimiento antes de un año.

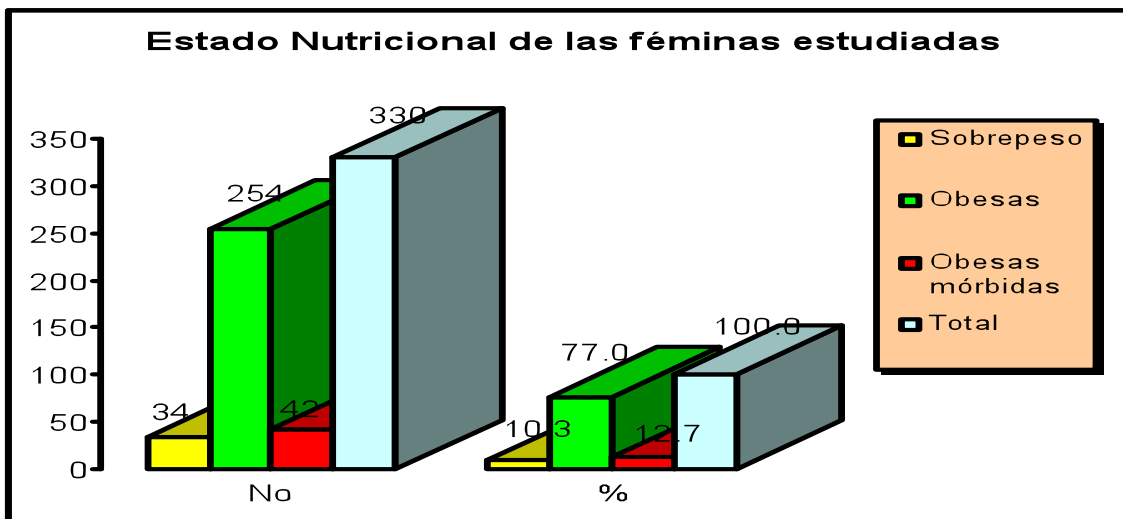
## Resultados y discusión

### Descripción de la muestra:

Como descripción de la muestra se tiene que de un total de 330 pacientes femeninas atendidas por mala nutrición por exceso, **el 77% eran obesas**, el 12,7% eran obesas mórbidas y el 10,3% eran sobrepeso (Gráfico 1). Este resultado no debe tomarse como indicador de distribución poblacional, pues la muestra fue tomada en una consulta especializada de nutrición donde las pacientes fueron remitidas por tal trastorno y no de la población general. Si es de resaltar, la gran cantidad de pacientes obesas en relación a las pacientes sobrepeso que fueron remitidas a la consulta.

La obesidad afecta de manera predominante a las mujeres según muchas evidencias médicas. En el registro NHANES (National Health Examination Survey) de 1999-2000 se comprobó que el 33,4% de las mujeres norteamericanas son obesas, frente al 27,5% de los varones. La última gran encuesta nacional NHANES permitió observar un estancamiento de la tasa de obesidad entre las mujeres en el período entre 1999 y 2004, aunque la obesidad continúa progresando entre niños, adolescentes y hombres. No obstante las cifras son más elocuentes entre las mujeres de origen hispano y, sobre todo, en las afroamericanas, en las que la obesidad afecta a la mitad de la población.<sup>22</sup>

Gráfico 1. Descripción de la muestra de féminas según su distribución por el estado nutricional.



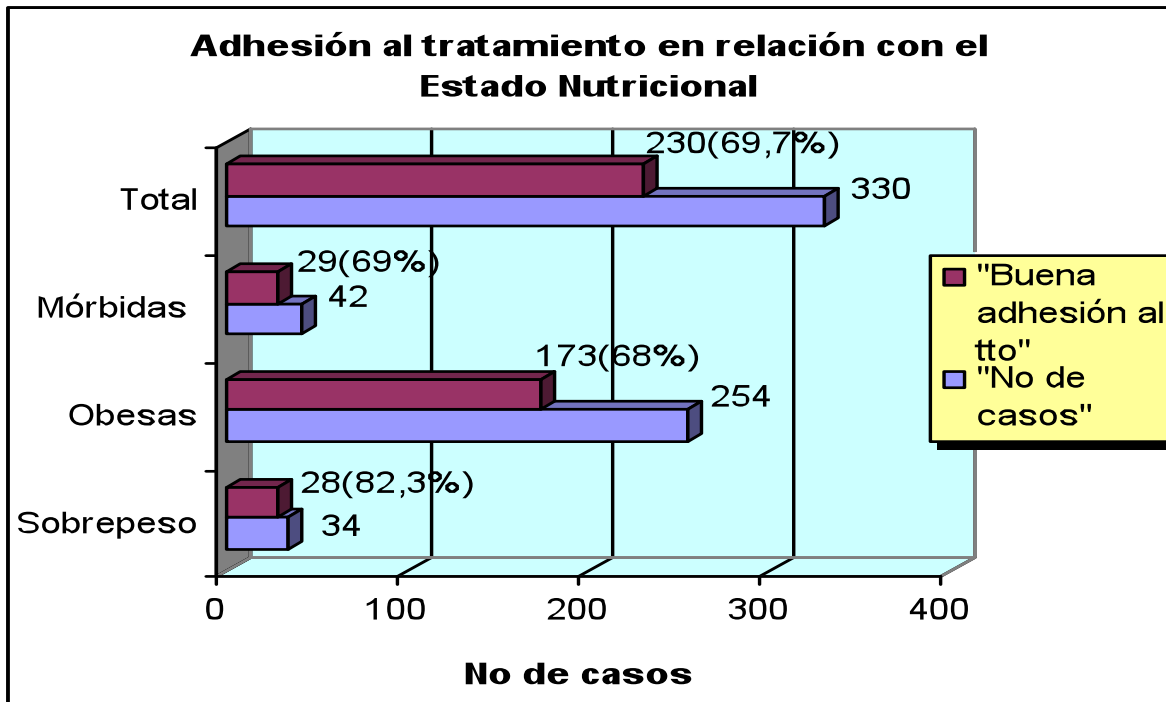
### Análisis de la adhesión al tratamiento:

Del total de féminas atendidas se obtuvo un 69,7% (230 de 330 paciente) de buena adhesión al tratamiento (Gráfico 2). Este por ciento de efectividad puede ser atribuido al uso de la técnica grupal que incluye educación alimentaria-nutricional y de estilos de vida, además de la indicación de dietas alimentarias personalizadas. En varias publicaciones se declara menores porcentajes de efectividad al tratamiento con técnicas de terapia individual.<sup>23,24,25</sup>



En el subgrupo de mujeres sobrepeso (**34 casos**) se encontró un mayor porcentaje de casos (**82,3%**) con buena adhesión al tratamiento, en relación con el resto de los subgrupos (Gráfico 2). De igual forma en muchas publicaciones se plantea que a mayor grado de exceso de peso, es más difícil lograr resultados favorables en el tratamiento.<sup>26</sup> Según el estudio de regresión logística una buena respuesta fue más encontrada en las pacientes con menor grado de exceso de peso (sobrepeso), aunque no fue significativo.

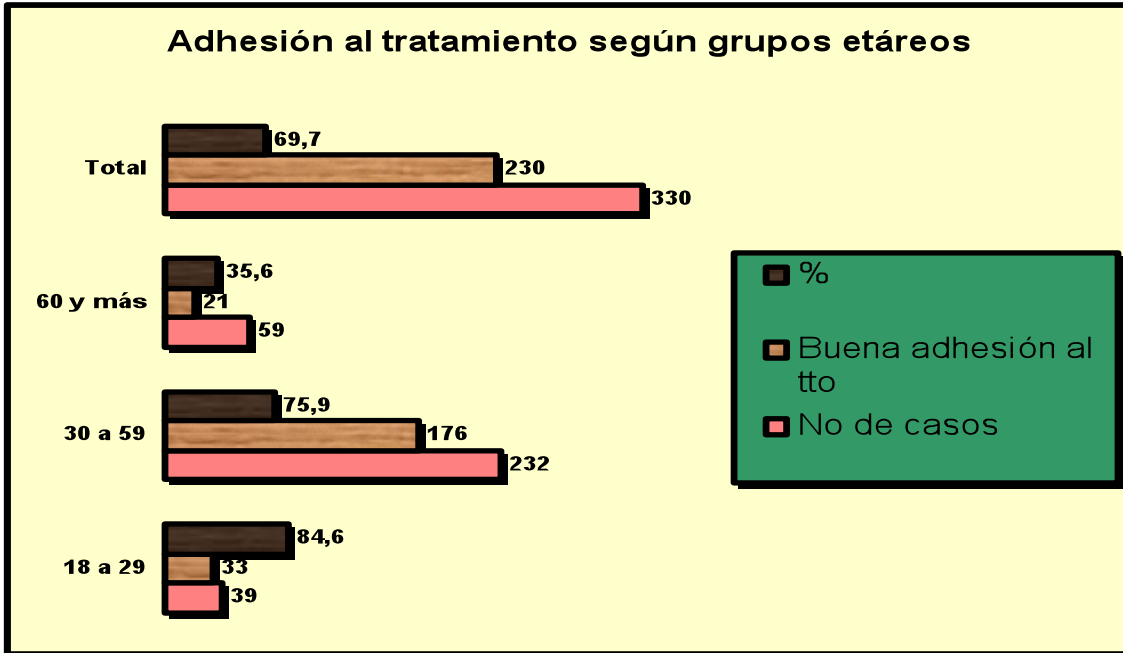
Gráfico 2. Distribución de la muestra según estado nutricional y adhesión al tratamiento.



El grupo etáreo con mayor cantidad de casos con buena adhesión al tratamiento fue el de menor edad (entre 18 y 29 años), con 33 casos de 39 (84,6%) (Gráfico 3). Por el análisis de regresión logística resultó igualmente que las pacientes de menor edad son la que mejor adhesión al tratamiento evidencian de manera significativa (P=0,009).

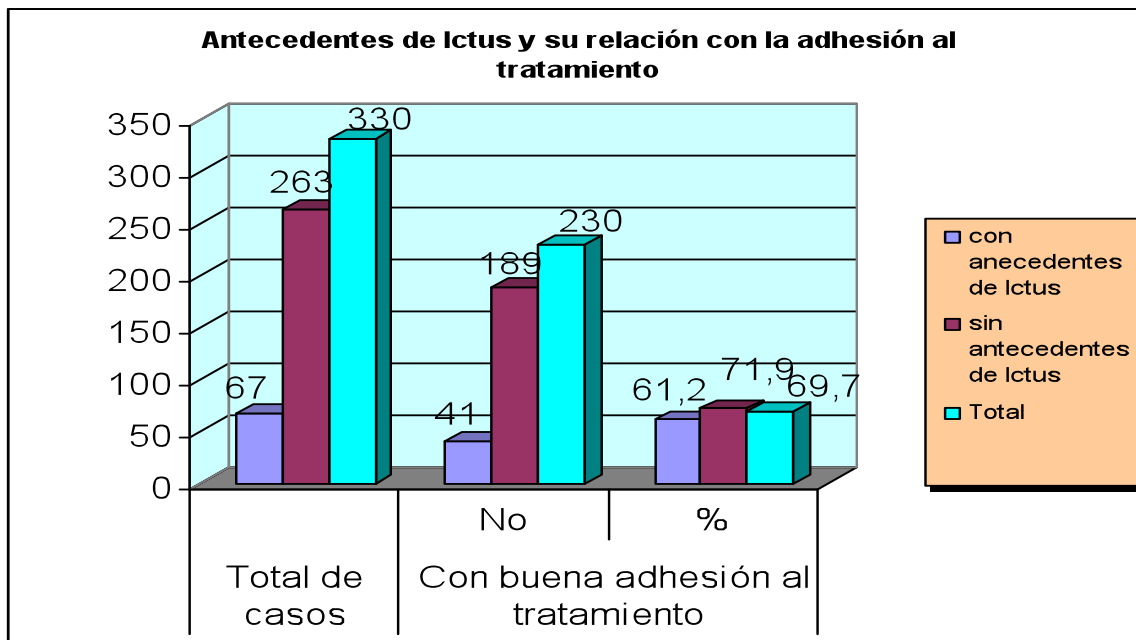
En varios trabajos revisados se evidencia que la prevalencia de obesidad aumenta con la edad, tanto en hombres como en mujeres<sup>27</sup>, modo de comportamiento encontrado es otros lugares incluyendo Cuba, lo que pudiera tener relación con esta tendencia de la muestra estudiada, de tener menos adhesión al tratamiento a medida que avanza la edad.

Gráfico 3. Distribución de la muestra según grupo etáreo y adhesión al tratamiento.



Las pacientes con antecedentes de Ictus (67 casos) no mostraron más interés, con un 61,2% (41 casos de 67), para mantener buena adhesión al tratamiento, en comparación con el grupo de pacientes sin antecedentes de haber padecido un ictus (189 de 263 casos) con un 71,9% (Gráfico 4). Según el análisis de regresión logística, la respuesta al tratamiento es menos favorable en las pacientes con antecedentes previos de haber padecido un Ictus, pero sin significación estadística.

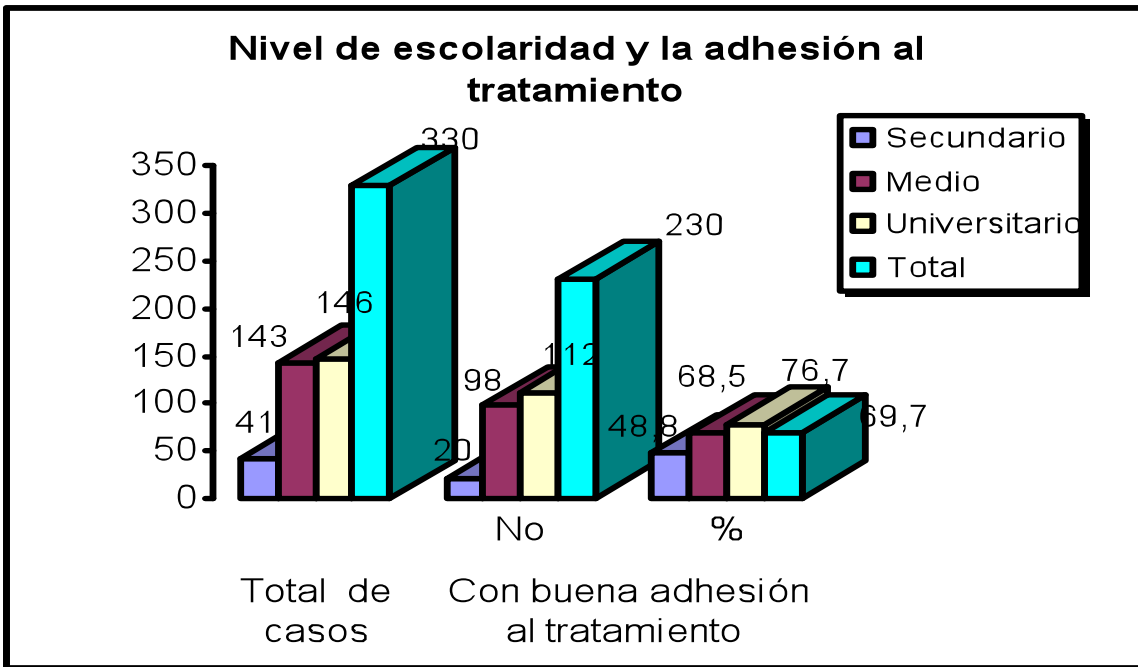
Gráfico 4. Distribución de la muestra según el antecedente de haber padecido Ictus y la adhesión al tratamiento.



Las pacientes con nivel de escolaridad más altos (medio y universitario) tuvieron mayor porcentaje de casos con buena adhesión al tratamiento (68,5 y 76,7%, respectivamente) que las de nivel secundario (48,8%) (Gráfico 5). Según el análisis estadístico resulta significativa ( $P=0,005$ ) la buena respuesta al tratamiento en las mujeres de mayor nivel de escolaridad.

También se vió en otros trabajos que las tasas de obesidad son más elevadas en los grupos de menor nivel cultural<sup>27</sup>, por tanto es sugerente relacionar el bajo nivel escolar con la dificultad de seguir un plan de tratamiento contra el sobrepeso y la obesidad.

Gráfico 5. Distribución de la muestra según nivel de escolaridad y la adhesión al tratamiento.

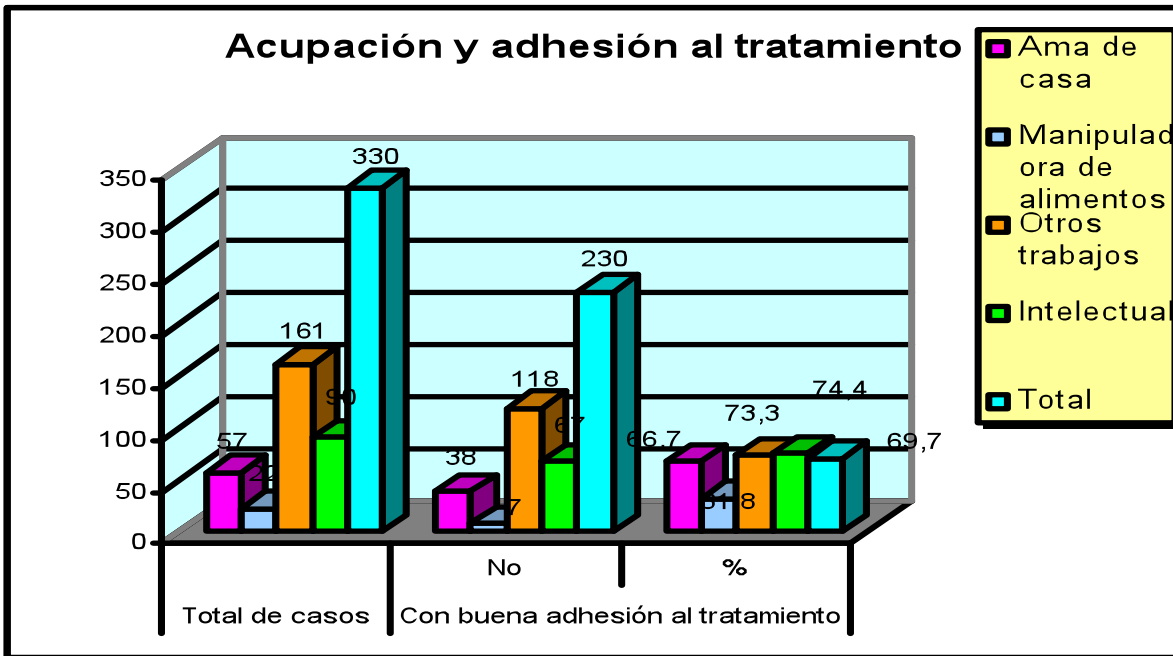


En relación a la ocupación laboral, las mujeres intelectuales fueron más interesadas y con mayor porcentaje de casos (74,4%) con buena adhesión al tratamiento y le siguen las que tienen otros diferentes trabajos. Las mujeres que como ocupación laboral son manipuladoras de alimentos mostraron los peores resultados con solo 31,8% de casos con buena adhesión al tratamiento (Gráfico 6). Según la regresión logística hay mejor respuesta en la medida que el trabajo u ocupación es más distante de la relación o contacto con los alimentos, pero sin significación estadística. Amzallang en sus experiencias en un Programa de tratamiento<sup>14</sup>, plantea que aquellos que están comprometidos en actividades sociales que ejercen influencias en su forma de comer, tienen más problemas para controlar el peso. Otros no presentan estas dificultades. Estos aspectos demandan mayor énfasis en ciertas partes del programa para ciertas personas y no para otras.<sup>15</sup>

La obesidad y en general el exceso de peso, se debe combatir desde dos direcciones, el conductual y el somático, para que el tratamiento sea efectivo, pues cuando se trata la obesidad atacando a hormonas como la leptina y la grelina, o químicos cerebrales como el neuropéptido Y, o se actúa tratando de impedir que se absorban los nutrientes a nivel del tubo digestivo, no se cubren todas las

expectativas de éxito. Un gran problema es la conducta humana y todos sus condicionantes como son las vivencias previas, tradiciones y costumbres, hábitos, gustos y preferencias, incluso condicionantes ambientales. Esto explica porque a pesar de que los medicamentos pueden acelerar el metabolismo, suprimir el apetito y/o evitar que el cuerpo absorba las grasas, algunos individuos seguirán llenándose de comida aunque estén satisfechos.

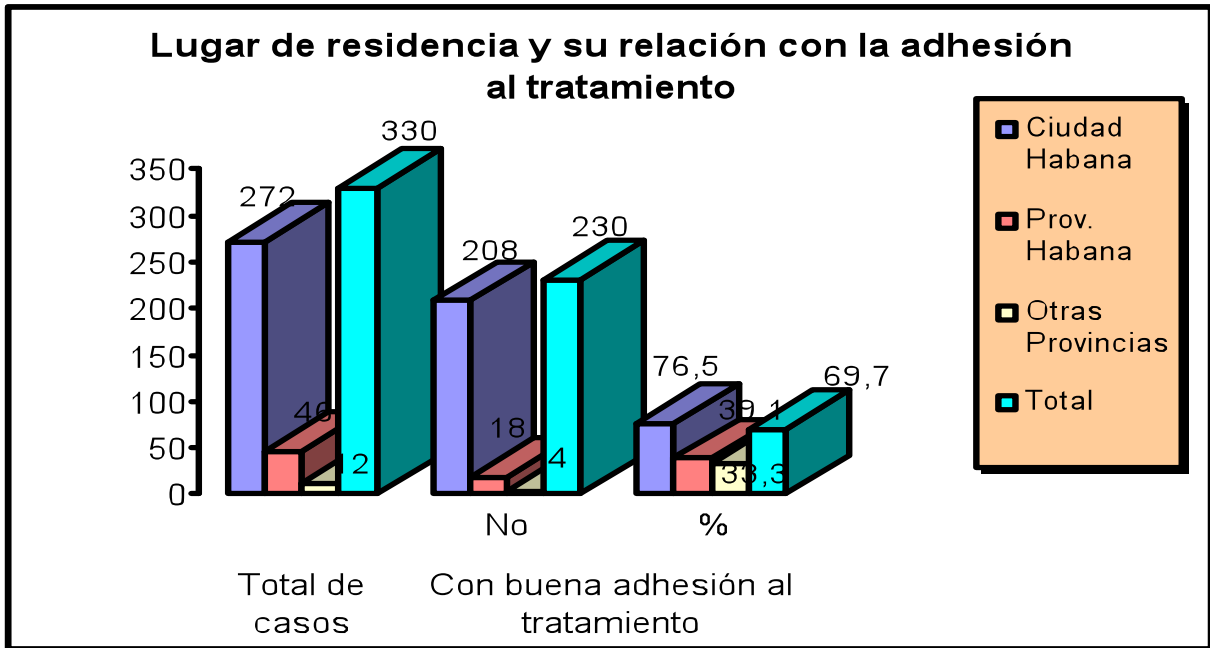
Gráfico 6. Distribución de la muestra según ocupación laboral y adhesión al tratamiento.



Las mujeres procedentes de Ciudad Habana (272 casos) tuvieron mayor porcentaje de casos con buena adhesión al tratamiento (208 casos para un 76,5%) en relación con las procedentes de Provincia Habana (18 casos de 46). Esto guarda relación con la cercanía al centro asistencial, pues son esas mujeres las que tuvieron mejor asistencia a las consultas y encuentros (Gráfico 7). En el análisis de regresión logística es significativa ( $P=0,000$ ) la buena adhesión al tratamiento en las pacientes de Ciudad de La Habana.

La asistencia a las consultas es un factor que también ha sido valorado como muy importante por otros autores y ejecutores de programas contra la obesidad, por ejemplo Amzallang que plantea entre los factores identificados como positivos para alcanzar resultados favorables, en 2do lugar la asistencia regular al programa de mantenimiento del peso y en 4to y 5to lugar la educación adecuada para la modificación del comportamiento y la educación acerca de la selección apropiada y uso de la comida corriente, lo que no se consigue sin la asistencia mantenida a las consultas o encuentros.<sup>15</sup> También en otros trabajos revisados se le da igualmente gran importancia al factor asistencia a las consultas.<sup>28,29</sup>

Gráfico 7. Distribución de la muestra según lugar de residencia y adhesión al tratamiento



## Conclusiones

No siempre se logra que pacientes adultas femeninas asistidas por exceso de peso den continuidad al tratamiento y logren resultados favorables en la reducción del peso corporal.

La edad de la paciente, el grado de obesidad con que acuden a la consulta son factores propios del individuo que deben tenerse en cuenta a la hora de realizar medidas de intervención, que sean dirigidas de manera personalizada para tratar de lograr mejor adhesión al tratamiento. Según esta experiencia, necesitaran especial atención aquellas mujeres de más edad y aquellas con mayor grado de obesidad.

El nivel intelectual, el desempeño laboral y el lugar de residencia son factores socio-ambientales que también pueden influir en una buena adhesión al tratamiento y que pueden manejarse más fácilmente en terapias grupales. Deberán ser especialmente atendidas, según este análisis, aquellas mujeres con menor nivel de escolaridad, o aquellas que laboren manipulando alimentos. También no se aconseja que el centro de tratamiento sea muy alejado geográficamente del lugar de residencia de la paciente a tratar, pues fue un elemento negativo para una buena adhesión al tratamiento.

## Recomendaciones

Trazar estrategias de intervención en los programas de asistencia médica a féminas sobrepeso y obesas, que tengan en cuenta aquellos factores que pueden influir negativamente en una buena adhesión al tratamiento, para de esta forma mejorar los resultados a obtener en las pacientes.

Un programa de intervención para combatir el sobrepeso y la obesidad debe tener un enfoque integral con acciones sobre los hábitos de alimentación y el nivel de actividad física, pero además incorporar acciones educativas capaces de modificar

patrones de conductas, así como lograr identificar los elementos puntuales que en cada individuo agravan su evolución y su respuesta.

## Bibliografía

- <sup>1</sup> OMS. Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva N° 311. Septiembre de 2006.
- <sup>2</sup> Wilborn C, Beckham J, Campbell B, Harvey T, Galbreath M, La Bounty P, Nassar E, Wismann J, and Kreider R. Obesity: Prevalence, Theories, Medical Consequences, Management, and Research Directions. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*. 2005; 2(2): 4-31. ([www.sportsnutritionociety.org](http://www.sportsnutritionociety.org))
- <sup>3</sup> Rodríguez Scull LE. Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]*. 2003 [citad: 8 de marzo de 2008]; 14(2): [aprox.25p.]. Disponible en: [http:// www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol14-2-03/end06203.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol14-2-03/end06203.htm).
- <sup>4</sup> Jáuregui Lobera I, López Polo M, Montaña González T y Morales Millán MT. Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp*. 2008; 23(3): 226-233. ISSN 0212-1611.
- <sup>5</sup> Palou A, Bonet ML, Picó C. Nutrigenómica y obesidad. *Rev Med Univ Navarra*. 2004; 48(2): 36-48.
- <sup>6</sup> Poletti OH, Barrios L. Sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios, actividad física y uso del tiempo libre en escolares de Corrientes (Argentina). *Rev Cub Ped*. 2007; 79(1).
- <sup>7</sup> Jáuregui Lobera I. GORDOS, OBESOS Y OBSESOS. *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 4 (2006) 295-320.
- <sup>8</sup> OMS: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Resolución WHA57.17. ISBN 92 4 359222 X.
- <sup>9</sup> Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
- <sup>10</sup> Sacco RL, Benjamin EJ, Broderick JP, Dyken M, Easton JD, Feinberg WM. Risk factors. *AHA Conference Proceedings. Stroke*. 1997; 28: 1507-17.
- <sup>11</sup> Anderson JW, Konz EC. Obesity and Disease Management: Effects of weight loss on comorbid conditions. *Obesity Research*. 2001; 9 (Suppl 4): 326-34.
- <sup>12</sup> [Obstet Gynecol. 2004; 103\(2\): 219.](#) (in J Watch Online 2004 Mar 16)
- <sup>13</sup> *Obstet Gynecol*. 2005; 106(6): 1272.
- <sup>14</sup> Amzallag W: De perder peso, al control del peso: experiencia de un programa. Trabajo de Revisión. *Rev Cub Invest Bioméd*. 2000, 19 (2). ISSN 0864-0300 versión impresa.
- <sup>15</sup> Marcos Plasencia L y cols. 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. [http://www.tcsevill.com/archivos/protocolo\\_de\\_accion\\_contra\\_la\\_obesidad\\_en\\_adultos.pdf](http://www.tcsevill.com/archivos/protocolo_de_accion_contra_la_obesidad_en_adultos.pdf)
- <sup>16</sup> Jáuregui Lobera I, Marcos Plasencia L, Rivas Fernández M, Rodríguez Marcos L, Gutiérrez Ferrer N. Aspectos transculturales en la percepción de la obesidad. Carta científica. *Rev. Nutrición Hospitalaria*. 2008; 23(6): 619-29.
- <sup>17</sup> Moraga MF, Rebollo G MJ, Bórquez VP, Cáceres DJ, Castillo DC. Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable. *Rev. chil. pediatr*. 2003; 74(4): 374-80 *Versión impresa* ISSN 0370-4106.

- <sup>18</sup> 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", 1998: 47.
- <sup>19</sup> <http://www.nhlbisupport.com/bmi/>
- <sup>20</sup> Porrata Maury C, Hernández Triana M, Argüelles Vázquez JM y Proenza González M. Recomendaciones nutricionales para la población cubana. Resumen. Rev Cub Nutr. 1992; 6(2): 132-41.
- <sup>21</sup> Recomendaciones para la Prevención de Aumento de Peso Excesivo. Dieta Nutrición y Enfermedades Crónicas. OMS Serie de Informes Técnicos 916. OMS, Ginebra, 2003. ISBN 92 4 120916 X.
- <sup>22</sup> Luengo Fernández E, Ordóñez Rubio B, Bergua Martínez C y Laclaustra Gimeno M. Obesidad, dislipemia y síndrome metabólico. Rev Esp Cardiol. 2006; 5: 21-9. ISSN: 1579-2242.
- <sup>23</sup> *Glenny AM, Omeara S, Melville A, et al:* The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. Internat J Obes. 1997; 21: 715-37.
- <sup>24</sup> *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.
- <sup>25</sup> *Deckelbaum MJ:* Summary of a Scientific Conference on Preventive Nutrition: Pediatrics to Geriatrics. Circulation 1999; 100: 450-6.
- <sup>26</sup> Obesity in adults. <mailto:DynaMedEditor@ebSCOhost.com>
- <sup>27</sup> Obesidad y riesgo cardiovascular. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2003; 9(2): 61-98.
- <sup>28</sup> 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.
- <sup>29</sup> Wolfe LB. The Lifestyle counselor's guide for weight control. Dallas: American Health Publishing, 1996.