

Etapas de disposición para cambio comportamental relacionados con el estilo de vida de los adolescentes con sobrepeso y obesidad

The Motivational Stages to Behavioral Change Related to the Lifestyle of Adolescents with Overweight and Obesity

Virginia Williane de Lima Motta

Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal, Brazil

virginiamotta@yahoo.com.br

Célia Márcia Medeiros de Moraes

Universidad Federal do Rio Grande do Norte

celiamarcia@uol.com.br

Geovanna Torres de Paiva

Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal, Brazil

geovana_nutri@hotmail.com

Luciana Carla Barbosa de Oliveira

Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal, Brazil

lucianacarla.psi@hotmail.com

Michelle Medeiros

Universidad Federal de Campina Grande

medeiros.michelle@hotmail.com

Patrícia Carla de Santos Moraes

Universidad Federal do Rio Grande do Norte

patricia_csmorais@hotmail.com

Fecha de recepción: 8 de mayo de 2016

Fecha de recepción evaluador: 9 de junio de 2016

Fecha de recepción corrección: 1 de julio de 2016

Resumen

La inactividad física y la obesidad crecen a un ritmo alarmante, y por lo tanto se consideran una epidemia mundial. Las etapas de disposición para cambio comportamental (EDCC) aparecen como una forma de conocer la motivación de las personas a la adhesión al tratamiento nutricional, en cuanto que representan un período de tiempo en el que, según la individualidad de cada uno, una serie de actitudes son necesarias para el cambio. Este trabajo tiene como objetivo principal identificar las etapas de disposición para cambio comportamental relacionados con el estilo de vida de los adolescentes con sobrepeso y obesidad en la consulta externa de Pediatría. Se trata de un estudio descriptivo con delineación transversal donde se evaluaron los adolescentes, tanto niños como niñas, con sobrepeso u obesidad, edad escolar entre 10 y 17 años y 11 meses atendidos en la consulta externa de la nutrición pediátrica del Hospital Universitario Onofre Lopes (HUOL / UFRN), Natal, Brazil. La mayoría de los adolescentes con sobrepeso y obesidad estaban en las primeras etapas de disposición para cambio comportamental (EDCC). El establecimiento de nuevos hábitos es difícil y requiere cambios significativos teniendo en cuenta el contexto en el que se encuentra el individuo: una sociedad cada vez más sedentaria y el consumo de alimentos ricos en calorías. De este modo, un estilo de vida saludable necesita planificación, el desarrollo de la autonomía en la elección de alimentos, entre otros factores. Todo esto requiere tiempo para ser aprendido y, por lo tanto, mantenido.

Palabras clave: Comportamiento, Obesidad, Sobrepeso, Ejercicio, Nutrición.

Abstract

The physical inactivity and obesity are growing alarmingly, being considered a worldwide epidemic. The motivational stages to behavioural change represent a period in which, per the individuality of each one, a series of attitudes is needed to change. For each stage of change, processes and various postures leads to a progress. To identify the motivational stages to behavioural change related to the lifestyle of adolescents with overweight and obesity seen in a pediatric clinic. This is a cross-sectional study exploratory type, through descriptive statistics of the data. Have been assessed adolescents of both sexes, overweight and obesity and school age between 10 and 17 years and 11 months, attended in the Pediatric Clinic Nutrition of the University Hospital Onofre Lopes (HUOL/UFRN). Most teens with overweight and obesity were in the early motivational stages to behavioural change related to lifestyle. Maintaining habits is difficult and requires significant changes. Thus, a healthy lifestyle needs planning, development of autonomy in food choices, among other factors. All this requires time to be learned and therefore kept.

Keywords: Behavior, Obesity, Overweight, Exercise, Nutrition.

Introducción

La inactividad física y la obesidad crecen a un ritmo alarmante, y por lo tanto se consideran una epidemia mundial. El exceso de peso (sobrepeso y obesidad) es un factor de riesgo, y está más relacionado con las muertes en todo el mundo que el bajo peso (World Health Organization, 2014, p.3). En Brasil, la población tiene, desde la infancia, una alta frecuencia de sobrepeso en todas las regiones y grupos de ingresos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010, p. 75).

Los adolescentes constituyen un grupo vulnerable de la prevalencia de exceso de peso, ya que en esta fase tienen lugar algunos cambios: el patrón de crecimiento gradual que caracteriza a la primera infancia cambia rápidamente al patrón de crecimiento y desarrollo acelerado, afectando tanto a los aspectos de la salud física y aspectos psicosociales. Durante este período se siguen produciendo cambios en los hábitos alimentarios y los alimentos puede ser (y suelen ser) utilizados como una forma de ejercer la autonomía (Stang, 2010, p. 255-56).

Es de destacar que el sobrepeso en la adolescencia identifica mayor riesgo metabólico y vascular ya que hay una variedad de consecuencias para la salud vinculadas a esta patología, como por ejemplo los efectos psicosociales, efectos metabólicos

adversos sobre la presión arterial, sobre el colesterol y los triglicéridos, y resistencia a la insulina (Martinez-Costa et al ,2013, p. 7).

Además, el pensamiento abstracto del adolescente no está completamente desarrollado, es decir, los adolescentes generalmente no pueden hacer una correlación entre el comportamiento actual y futuros riesgos para la salud. Por lo tanto, es necesario centrar la educación nutricional en la apariencia como en el crecimiento saludable del cabello o una piel más sana, etc. (Stang, 2010, p. 257).

Sin embargo, el éxito del tratamiento dietético depende de múltiples factores. Adolescentes con sobrepeso necesitan ser confrontados acerca de su condición, estar orientado en los procesos de control de peso corporal, aprender a manejar el proceso y adquirir autonomía (Gauralet y Heredia, 2009, p. 637).

Así, el tratamiento del sobrepeso puede llevarse a cabo en diversas formas: dietética, medicamentosa, quirúrgica y la práctica de actividad física (AF). Entre éstos, el tratamiento basado en dieta y actividad física es una medida eficaz para controlar las anomalías metabólicas y factores de riesgo cardiovasculares (Barbieri, 2011, p.12). También se destaca la importancia de la intervención multidisciplinaria, que es esencial para disminuir los efectos nocivos de la conducta alimentaria inadecuada (Andrade et al, 2012, p. 294).

Las etapas de disposición para cambio comportamental (EDCC) aparecen como una forma de conocer la motivación de las personas a la adhesión al tratamiento nutricional, en cuanto que representan un período de tiempo en el que, según la individualidad de cada uno, una serie de actitudes son necesarias para el cambio. Para cada etapa de cambio, procesos y diversas posturas conducen al progreso (Norcross; Krebs y Prochaska 2011, p. 143).

Por lo tanto, para que el tratamiento dietético sea eficaz, es necesario que los sujetos se sientan motivados. Así, este trabajo tiene como objetivo principal identificar las etapas de disposición para cambio comportamental relacionados con el estilo de vida de los adolescentes con sobrepeso y obesidad en la consulta externa de Pediatría.

Métodos

Diseño del estudio, muestra y criterios de elegibilidad

Se trata de un estudio descriptivo con delineación transversal donde se evaluaron los adolescentes, tanto varones como mujeres, con sobrepeso u obesidad, edad escolar entre 10 y 17 años y 11 meses atendidos en la consulta externa de la nutrición pediátrica del Hospital Universitario Onofre Lopes (HUOL / UFRN), Natal, Brazil.

La muestra para este estudio se obtuvo por muestreo por conveniencia según la demanda en la consulta externa de la nutrición pediátrica. Los datos se recogieron desde mayo hasta septiembre de 2015. Hacen parte de la muestra 74 adolescentes, de los cuales 11 fueron eliminados debido a la falta de datos en el cuestionario de investigación, por lo tanto, la en la muestra final constaba 63 individuos.

Fueron invitados a participar en el estudio los adolescentes con IMC indicativo de sobrepeso y obesidad-esta clasificación se hizo según las curvas de la Organización Mundial de la salud (OMS, 2007) y que fueron vistos en el servicio. Los individuos respondieron al cuestionario en la sala de espera antes de la consulta de nutrición.

No se han incluido adolescentes con enfermedad neurológica que pudiera interferir con la comprensión del cuestionario, adolescentes analfabetos, adolescentes embarazadas o que ya tuvieron hijos o en caso de negativa a participar en la investigación.

Recolección de datos

El instrumento

Para conocer las etapas de disposición para cambio comportamental, se distribuyó el cuestionario Stage of Change (SOC), que es autoaplicado, y basado en el Modelo Transteórico (MT), propuesto por Sutton y colaboradores (2003), traducido al contexto brasileño por Cattai, Hintze y Nardo Junior (2010). Este modelo se centra en cada toma de decisiones, basándose en la afirmación de que el cambio de comportamiento ocurre durante un proceso en que el individuo pasa por varios niveles de motivación para el cambio¹².

El cuestionario consta de 38 declaraciones seccionados en cuatro áreas: tamaño y número de porciones (9 declaraciones); cantidad de grasa en la dieta (11 declaraciones); consumo de frutas y verduras (9 declaraciones); y la práctica de actividad física (9 declaraciones).

El instrumento permite la clasificación del sujeto en una de las cinco etapas:

1. Pre contemplación, el individuo no tiene intención de cambiar siquiera una crítica respecto al conflicto que implica el problema del comportamiento.
2. Contemplación, el individuo es consciente de que hay un problema, sin embargo, hay una ambivalencia sobre la perspectiva de un cambio.
3. La preparación, el individuo tiene la intención de iniciar los cambios en los próximos 30 días o ya lo hace, pero irregular.

4. Acción, el individuo opta por una estrategia para la implementación de este cambio y adopta medidas a este respecto.
5. Mantenimiento, el individuo trabaja la prevención de la recaída y la consolidación de los logros obtenidos durante la acción (Szupszynski y Oliveira, 2008: 166).

Datos clínicos

Además del cuestionario, se recogió información sobre el género, la edad y los datos antropométricos, los datos fueron recogidos mediante consulta a los prontuarios. Las mediciones antropométricas de peso y estatura se utilizaron para calcular el índice de masa corporal (IMC) como la ecuación de índice de masa corporal = peso (Kg) / estatura²(m) (OMS, 1995).

Análisis estadístico de datos

Para el análisis se consideraron las respuestas al cuestionario para cada declaración en una escala de Likert que va de 1 a 5, donde 1 es la precontemplación, el 2 la contemplación, el 3 la preparación, el 4 la acción y el 5 el mantenimiento. Para los efectos de la clasificación de los individuos en las etapas, de acuerdo a la media aritmética de cada dominio, se utilizó: 1 a 1,4 - pre-contemplación; 1,5 a 2,4 - la contemplación; 2,5 a 3,4 - preparación; 3,5-4,4 - acción; 4,5-5 - mantenimiento. Para efectos de análisis de los datos se consideró dos grupos, el de las primeras etapas - pre-contemplación, contemplación y preparación – y el de la fase final - la acción y mantenimiento (Hintze et al, 2012, p. 239).

Los datos fueron tabulados y organizados en el Excel 2011, mientras que el análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 23.0.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité de ética de investigación del Hospital Universitario Onofre Lopes bajo el número 42618315.3.0000.5292. Los individuos que aceptaron participar firmaron el Término de Asentimiento Libre y Esclarecido (TALE), y sus tutores firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE), tras explicación sobre el objetivo del estudio.

Resultados

De los 63 jóvenes que participaron en la investigación, 38 (60.3%) fueron mujeres y 25 (39,7%) hombres. La edad promedio fue de 12,1 ± 1,9 años entre los adolescentes

de ambos sexos. En la comparación de los valores de IMC, edad y tiempo de práctica de actividad física, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los sexos, apuntando a grupos homogéneos.

Se observó que los niños mostraron un IMC promedio de $26,5 \pm 4,4 \text{ Kg/m}^2$ mientras que las niñas fueron de $27,2 \pm 5,1 \text{ Kg/m}^2$. En cuanto a la clasificación del IMC, 42,1% de las niñas mostraron sobrepeso, mientras que el 57,9% se clasificaron como obesidad; para los niños este porcentaje fue de 28.0% y 72.0% respectivamente.

El tiempo promedio de práctica de actividad física semanal para las mujeres fue de $48.0 \pm 45,2$ minutos, mientras que para los hombres fue de $58,6 \pm 50,3$ minutos.

En las Tablas 1-4, se presenta el análisis descriptivo de los resultados encontrados entre cada uno de los cuatro dominios del cuestionario de evaluación de las EDCC alimentarios y de práctica de AF y la clasificación del IMC.

En relación con el tamaño y el número de porciones el porcentaje de personas con sobrepeso en las etapas finales (56,5%) fue mayor que en las primeras etapas (43,4%). En contraste, el porcentaje de pacientes obesos en las primeras etapas fue mayor (55,0%) que en las etapas finales (45,0%) (Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de adolescentes con sobrepeso y obesidad según las etapas de disposición para cambio comportamental relacionadas al tamaño y número de porciones

TAMAÑO Y NÚMERO DE PORCIONES	ETAPAS DE DISPOSICIÓN PARA CAMBIO COMPORTAMENTAL	CLASSIFICAÇÃO DEL IMC			
		N	Sobrepeso	N	Obesidad
	Precontemplación	0	0,0%	0	0,0%
	Contemplación	1	4,3%	3	7,5%
	Preparación	9	39,1%	19	47,5%
	Acción	10	43,5%	15	37,5%
	Mantenimiento	3	13,0%	3	7,5%
	Total	23	100,0%	40	100,0%

A la cantidad de grasa se observó que para el grupo con sobrepeso el porcentaje de pacientes en las etapas finales (69,6%) fue mayor que en las primeras etapas (30,4%). En el grupo de obesidad este rasgo fue mantenido siendo las etapas finales (60,0%) más frecuentes que en las etapas iniciales (40,0%) (Tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de adolescentes con sobrepeso y obesidad según las etapas de disposición para cambio comportamental relacionadas a la cantidad de grasa en la dieta

CANTIDAD DE GRASA EN LA DIETA	ETAPAS DE DISPOSICIÓN PARA CAMBIO COMPORTAMENTAL	CLASSIFICAÇÃO DEL IMC			
		N	Sobrepeso	N	Obesidad
	Precontemplación	0	0,0%	0	0,0%
	Contemplación	2	8,7%	0	0,0%
	Preparación	5	21,7%	16	40,0%
	Acción	12	52,2%	20	50,0%
	Mantenimiento	4	17,4%	4	10,0%
	Total	23	100,0%	40	100,0%

El porcentaje de pacientes con sobrepeso (60.9%) y obesidad (52,5%) en las primeras etapas fue mayor que los adolescentes con sobrepeso (39.1%) y obesidad (47.5%) que estaban en las etapas finales para el cambio comportamental relacionados con el consumo de frutas y verduras (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de adolescentes con sobrepeso y obesidad según las etapas de disposición para cambio comportamental relacionadas al consumo de frutas y verduras

Consumo de Frutas y Verduras	Etapas de disposición para cambio comportamental	Classificação del IMC			
		N	Sobrepeso	N	Obesidad
	Precontemplación	2	8,7%	0	0,0%
	Contemplación	4	17,4%	2	5,0%
	Preparación	8	34,8%	19	47,5%
	Acción	8	34,8%	18	45,0%
	Mantenimiento	1	4,3%	1	2,5%
	Total	23	100,0%	40	100,0%

Los datos de la tabla 4 muestran que ambos individuos con sobrepeso (65,2%) y los sujetos obesos (60.0%) estaban en las primeras etapas de disposición para el cambio comportamental relacionadas con la práctica de actividad física.

Tabla 4. Porcentaje de adolescentes con sobrepeso y obesidad según las etapas de disposición para cambio comportamental relacionadas a la práctica de actividad física

PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA	ETAPAS DE DISPOSICIÓN PARA CAMBIO COMPORTAMENTAL	CLASSIFICAÇÃO DEL IMC			
		N	Sobrepeso	N	Obesidad
	Precontemplación	0	0,0%	1	2,5%
	Contemplación	5	21,7%	9	22,5%
	Preparación	10	43,5%	14	35,0%
	Acción	6	26,1%	13	32,5%
	Mantenimiento	2	8,7%	3	7,5%
	Total	23	100,0%	40	100,0%

Discusión y conclusiones

Los resultados encontrados en este estudio demostraron que la mayoría de los participantes en la encuesta eran niñas y fueron, en gran parte, clasificada en obesidad, siendo este porcentaje aún mayor para los niños.

En Brasil, la prevalencia de la obesidad en los jóvenes ha aumentado en las últimas décadas, los datos sobre el estado nutricional de los jóvenes brasileños señalan que la prevalencia de obesidad en la población de 10 a 19 años fue de 3,7% a 21,7% en los niños y de 7,5% a 19,4% en niñas entre los períodos de 1974-1975 y 2008-2009 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010, p. 75). El porcentaje observado en el estudio se corrobora con los datos que indican un aumento en la prevalencia de la obesidad. Se considera que la obesidad juvenil tiene un inquietante personaje, como indican estimaciones, en el futuro habrá más obesos adultos y que presenta enfermedades ocasionadas en la infancia, como la enfermedad cardiovascular (Marchi-Alves, 2011, p. 242).

Sin embargo, hay que destacar que en el estudio hay una limitación importante, ya que no se evaluó la etapa de maduración sexual de los adolescentes. La importancia de esta evaluación se produce debido a que los diez a 14 años se caracterizan por un período en el que se produce un proceso de maduración sexual, debido a las transformaciones corporales. Por lo tanto, en este grupo de edad se convierte en una variable importante en la evaluación nutricional (Santos, 2011, p. 349).

Por otra parte, esta fase implica cambios que implican el desarrollo de las relaciones sociales, la toma de decisiones, el establecimiento de valores y la adopción de hábitos diferentes, incluyendo hábitos alimentarios y, así, el establecimiento de la consolidación de un estilo de vida. Pronto, trastornos de la alimentación en esta etapa de la vida favorecen la aparición de problemas de nutrición, con los malos hábitos alimentarios y el aumento de la inactividad física, estando directamente relacionados con el exceso de peso, que marca el proceso de transición nutricional observado en las sociedades modernas (Toral, Conti y Slater, 2009, p. 2392).

También se observó en el estudio que los individuos obesos se encuentran en su mayoría en las primeras etapas de cambio comportamental en relación con el tamaño y la cantidad de las porciones. (Hintze, Cattai y Nardo Júnior, 2012, p. 240) encontraron, en lugar de lo visto en este estudio, que los adolescentes con mayor grado de exceso de peso parecían ser más conscientes de la necesidad de reducir la cantidad y el tamaño de las porciones. Sobre el tema, (Rodrigues y Proença, 2011, p. 29-30) dicen que un aumento no consciente en la ingesta de alimentos, puede estar relacionado con los estándares inadecuados de nutrición y mayor riesgo de sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas.

El consumo de productos que contienen grasa añadida, por ejemplo, se incluye como uno de los factores que se encuentra en el estilo de vida de las poblaciones modernas a fin de actuar como una condición del exceso de peso (Caisan, 2014, p. 12). En contra de las conclusiones de (Hintze, Cattai y Nardo Junior, 2012, p. 142), los datos del estudio indican que tanto los adolescentes con sobrepeso como los obesos están en mayor frecuencia en las etapas finales de un cambio comportamental en relación a la cantidad de grasa en la dieta. Tal vez esto se debe al hecho de que una parte de los adolescentes había recibido orientación nutricional anterior, ya que habían estado presente en al menos una consulta con dietista.

El consumo de alimentos ricos en antioxidantes, incluyendo frutas y verduras, y alimentos ricos en grasas insaturadas, proteínas, principalmente de fuentes vegetales o animales magras, ingesta equilibrada de carbohidratos complejos y baja ingesta de grasas saturadas y trans, en combinación con el ejercicio físico regular pueden ser beneficiosos en la prevención de enfermedades cardiovasculares y en la búsqueda de una mejor calidad de vida (Paternez y Morimoto, 2013, p. 153-55). Este es un comportamiento promovido por organismos como la OMS (2004) a través de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.

En Brasil, el Ministerio de la Salud, a través de la Guía Alimentaria para la Población Brasileña (2014), aconseja comer alimentos in natura o mínimamente procesados como ideal para una dieta equilibrada nutricionalmente. Las recomendaciones

están dirigidas a toda la población, incluidos los adolescentes, que junto con los niños, son los principales objetivos de anuncios de alimentos ultra-procesados (Brasil, 2014, p. 73).

Para el consumo de frutas y verduras, ambas calificaciones de índice de masa corporal de adolescentes están en las primeras etapas de cambio de comportamiento. (Teo et. al., 2014, p. 241) señaló que los jóvenes se concentraron en la etapa de pre contemplación en términos de actitud alimentaria para la ingesta de frutas y verduras, seguidas de las etapas de acción y mantenimiento. Aunque, por medio a la acción y etapas de mantenimiento, la frecuencia de adolescentes supera la etapa de pre contemplación. Una vez que la clasificación en estos estadios avanzados implica que los adolescentes han expresado que piensan tener un consumo saludable, fue visto que los resultados indican un sentido de la percepción distorsionada en este grupo visto que cuando observado, en realidad, los índices de consumo no son considerados muy convenientes para estos alimentos, así los hallazgos del estudio confirman la insuficiencia de consumo de frutas y hortalizas entre los adolescentes.

Además de los malos hábitos alimentarios, otro condicionante del sobrepeso y la obesidad es un estilo de vida sedentario. En muchas partes de Brazil, al menos la mitad de los adolescentes se ven afectados por la inactividad física, siendo un factor comportamental de riesgo, frecuente, en gran parte de esta población (Filho, Campos y Lopes, 2014, p. 88).

Los adolescentes con sobrepeso en la encuesta, se encuentran más a menudo en las primeras etapas de cambio comportamental para la actividad física, con el tiempo promedio para las niñas mayor que para los niños. Adolescentes con sobrepeso que participaron en la encuesta, son más a menudo en las primeras etapas de cambio conductual a la actividad física de la práctica, con el tiempo promedio para las hembras más pequeñas que los machos. También se observó que la desviación estándar para el tiempo de actividad física, en ambos sexos, fue elevada. En este contexto es necesario considerar la posibilidad de que algunos adolescentes no han entendido que el tiempo de actividad física en el cuestionario se refería al de la semana y contestado el tiempo de práctica diaria. Pronto se sugiere una revisión en el cuestionario para que el interrogatorio sea claro para el adolescente.

Usando un marcador que se constituyó en la suma de la actividad física acumulada durante los últimos siete días, la encuesta nacional de salud del escolar (PENSE, 2013) encontró que 30,1% de los estudiantes eran activos, o en la definición, practicaban 300 minutos o más de actividad física semanal. En la encuesta, la mayoría, 63,1% de los adolescentes obtuvieron calificación de insuficientemente activos, y el 6,8% de inactivos. En el Nordeste brasileño, este porcentaje alcanza el 25,2% (Brasil, 2013, p. 56).

Cabrera y colaboradores (2014, p. 5) encontraron en relación al nivel de actividad física, que la mayoría de los adolescentes en su muestra de estudio fue inactivo o activo inadecuadamente con predominio femenino. Para llegar a estos datos fueron considerados individuos inactivos los que no realizan ninguna actividad física; insuficientemente activos los que llevan a cabo la actividad física con una frecuencia de dos veces o menos, o que dura menos de una hora a la semana; activo los que realizan actividad física tres o más veces a la semana y que duran más de una hora. Así, según esta clasificación, los adolescentes de este estudio pueden ser considerados insuficientemente activos.

En relación al tiempo de práctica de actividad física existe un consenso que considera un mínimo de 180 minutos por semana, con sesiones de 60 minutos cada uno, de ejercicios físicos de intensidad moderada, como recomendación suficiente para una rutina de ejercicios para adolescentes con sobrepeso y obesidad (Cordero et al, 2014, p. 733-734).

Aunque debido a la reducida muestra del trabajo no haber permitido una correlación entre la clasificación del IMC y las EDCC, los datos refuerzan la importancia de las etapas de disposición para cambio comportamental relacionados con el estilo de vida, que aparece como una herramienta en el conocimiento sobre la disposición del paciente para el cambio, ayudando con el tratamiento.

El establecimiento de nuevos hábitos es difícil y requiere cambios significativos teniendo en cuenta el contexto en el que se inserta el individuo, una sociedad cada vez más sedentaria y el consumo de alimentos ricos en calorías. De este modo, un estilo de vida saludable necesita planificación, el desarrollo de la autonomía en la elección de alimentos, entre otros factores. Todo esto requiere tiempo para ser aprendido y por lo tanto mantenido (Gauralet y Heredia, 2009, p. 634).

Para el cambio del estilo de vida es necesario que estos individuos estén motivados, por lo que la clasificación de las EDCC es una herramienta importante para el conocimiento de la intención del cambio comportamental, y ayuda en la efectividad de las intervenciones del equipo multidisciplinario, ya que los beneficios de una intervención multidisciplinar están bien establecidos, sobre todo en los adolescentes que están en las primeras etapas del proceso (Silva et al, 2015, p. 235).

Por lo tanto, se deben realizar más estudios con el fin de correlacionar estas variables y se sugiere la inclusión de la evaluación de las etapas de maduración sexual y datos socioeconómicos y demográficos de la población estudiada.

Bibliografía

- Aguilar Cordero, M. J.; Ortegón Piñero, A.; Mur, V. N.; Sánchez García, J. C.; García Verazaluce, J. J.; García, I. & Sánchez López, A. M. (2014). Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes; revisión sistemática. *Nutr Hosp.*, 30(4), 727-740. <http://dx.doi.org/10.3305%2Fnh.2014.30.4.7680>.
- Andrade, M. L. S. S.; Da Silva, H. J. G.; Lofrano-Prado, M. C.; Ferreira, M. N. L.; Lins, T. A.; Costi, R. B. & Padro, W. L. (2012). Efeitos da intervenção multidisciplinar sobre a ingestão alimentar em adolescentes obesos. *Cons. Saúde.* 11(2), 289-295. doi: 10.5585/ConsSaude.v11n2.3076 .
- Barbieri, A. F. (2011). Obesidade na adolescência: aspectos de adesão e permanência em programa de tratamento multiprofissional pautado na terapia comportamental. *Conexões*, 9(1),1-23.
- Barbosa, V. C. F.; De Campos, W. & Lopes, A. S. (2014). Epidemiology of physical inactivity, sedentary behaviors, and unhealthy eating habits among Brazilian adolescents: a systematic review. *Ciênc. saúde colet.*, 9(1), 173-193. doi: 10.1590/1413-81232014191.0446.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PENSE 2012. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/>.
- Brasil. Ministério da saúde. (2014). Guia alimentar para população brasileira. Disponible en: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/11/ministerio-da-saude-lanca-guia-alimentar-para-a-populacao-brasileira>.
- Cabrera, T. F. C.; Correia, I. F. L.; Dos Santos, D. O.; Pacagnelli, F. L.; Prado, M. T. A.; Da Silva, T. D.; Monteiro, C. B. M. & Fernani, D. C. G. (2014). Análise da prevalência de sobrepeso e obesidade e do nível de atividade física em crianças e adolescentes de uma cidade do sudoeste de São Paulo. *J Hum Growth and Develop.* 24(1), 67-66. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.73455>.
- Câmara interministerial de segurança alimentar e nutricional. (2014). Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios, Brasília, Brasil: CAISAN (p.39). Disponible en: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1890. Pioltine.
- Cattai, G. B. P.; Hintze, L. J. & Nardo Júnior, N. (2010). Validação interna do questionário de estagio de prontidão para mudança de comportamento e de

- atividade física, Rev. Paul. Pediatr, 28(2), 194-199.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822010000200011>.
- Dos Santos, L. A. (2011). Perfil nutricional e da obesidade em adolescentes de uma escola pública. Rev. Bras. Obes. 29(5), 346-351.
- Garaulet, M. & Heredia, P. (2009). Behavioural therapy in the treatment of obesity (I): new directions for clinical practice. Nutr Hosp. 24(6), 629-39.
doi:10.3305/nh.2009.24.6.4546.
- Hintze, L. J.; Cattai, G. B. P. & Nardo Junior, N. (2012). Multidisciplinary program for obesity treatment: Summary of results with adolescents. Acta Scientiarum, 34(2), 137-144. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v34i2.8934>.
- Hintze, L. J.; Cattai, G. B. P.; Da Silva, D. F. & Nardo Junior, N. (2012). Estágios de prontidão para mudança de comportamento de adolescentes interessados em ingressar no Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade. Rev Paul Pediatr, 30(2), 237-243. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000200013>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Disponível em:
[:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/pof/2008_2009_encaa/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/pof/2008_2009_encaa/).
- Marchi-Alves, L. M.; Yagui, C. M.; Rodrigues, C. S.; Mazzo, A.; Rangel, E. M. L. & Girao, F. B. (2011). Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. Esc Anna Nery. 15(2), 238-244.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200004>.
- Martinez-Costa, C.; Nunez, F.; Montal, A. & Brines, J. (2013). Relationship between childhood obesity cut-offs and metabolic and vascular comorbidities: comparative analysis of three growth standards. J Hum Diet. 27, 75–83. doi:10.1111/jhn.12140
- Norcross, J. C.; Krebs, P. M. & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. J Clin Psychol. 67(2), 143-154. doi: 10.1002/jclp.20758.
- Paternez, A. C.; Morimoto, J. M. (2013). Perfil dietético e risco cardiovascular em adolescentes de uma escola privada de São Paulo, Rev CiencSaude, 6(3), 149-156.
- Rodrigues, A. G. M. & Proença, R. P. C. (2011). Relação entre tamanho da porção de comida e ingestão alimentar: uma revisão. CERES; 6(1), 23-33.

- Silva, D. F.; Bianchini, J. A. A.; Lopera, C. A.; Capelato, D. A.; Hintze, L. J.; Nardo, C. C. S.; Ferraro, Z. M. & Nardo-Júnior, N. (2015). Impact of readiness to change behavior on the effects of a multidisciplinary intervention in obese Brazilian children and adolescents. *Appetite*, 87, 229-235. doi: 10.1016/j.appet.2014.12.221.
- Stang, J. (2010). Nutrição na adolescência. En: Mahan, K.; Scott-Stump, S. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia (pp.246-249). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.
- Sutton, K.; Logue, E.; Jarjoura, D.; Baughman, K.; Smucker, W. & Capers, C. (2003). Assessing dietary and exercise stage of change to optimize weight loss interventions. *Obes Res.* ,11, 641-652. doi: 10.1038/oby.2003.92.
- Szupczynski, K. P. R. & Oliveira, M. S. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo ,10(1), 162-173.
- Teo, C. R. P. A.; Taglietti, R. L.; Baptista, F. & Meneghini, V. M. (2014). Atitude e prática no consumo de frutas e hortaliças entre adolescentes em vulnerabilidade social. *Scientiamedica*, 24(3), 237-244.
- Toral, N.; Conti, M.A. & Slater, B. (2009). A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. *Cad Saúde Pública*, 25(11), 2386-2394. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100009>.
- World Health Organization. (2014). Report of the first meeting of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity. Disponible en: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/commissioners/first-meeting-report/en/>.
- World health Organization. (2007). The WHO child growth standards. Disponible en: : <http://www.who.int/childgrowth/en>.
- World Health Organization. (2004). Estratégias global em alimentação saudável, atividade física e saúde. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/releases/pr84/en/>.
- World Health Organization. (1995). Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/.