



## TÍTULO

EN PACIENTES ADULTOS CON SOBREPESO/OBESIDAD,  
¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA  
EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EN ALIMENTACIÓN  
SALUDABLE MÁS ACTIVIDAD FÍSICA EN FAMILIA PARA EL  
MANTENIMIENTO DE UN PESO SALUDABLE?  
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

## AUTOR

**Walner Alexander Martínez Gómez**

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2021

Tutor	Dr. D. José Antonio Villegas García
Instituciones	Universidad Internacional de Andalucía ; Universidad Pablo de Olavide
Curso	<i>Máster Oficial Interuniversitario en Actividad Física y Salud (2019/20)</i>
©	Walner Alexander Martínez Gómez
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2020



**Atribución-NoComercial-SinDerivadas  
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

Para más información:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>



**En pacientes adultos con sobrepeso/obesidad, ¿Cuáles son los factores que condicionan la efectividad de la intervención en alimentación saludable más actividad física en familia para el mantenimiento de un peso saludable?: una revisión sistemática.**

Trabajo de Fin de Máster presentado para optar al Título de Máster Universitario en Actividad Física y Salud por Walner Alexander Martínez Gómez, siendo el tutor del mismo el Dr. José Antonio Villegas García.

Firma:

19 de Junio de 2020

## MÁSTER OFICIAL INTERUNIVERSITARIO EN ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER CURSO ACADÉMICO 2019-2020

### TÍTULO:

EN PACIENTES ADULTOS CON SOBREPESO/OBESIDAD, ¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE MÁS ACTIVIDAD FÍSICA EN FAMILIA PARA EL MANTENIMIENTO DE UN PESO SALUDABLE?: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

### AUTOR:

WALNER ALEXANDER MARTÍNEZ GÓMEZ.

### TUTOR ACADÉMICO:

Dr. JOSÉ ANTONIO VILLEGAS GARCÍA.

### RESUMEN:

**Antecedentes.** Cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o de la obesidad. **Principal objetivo.** Identificar a los múltiples factores que podrían condicionar la efectividad o no, en la intervención de pérdida de peso en familia. **Metodología.** Se encontraron 16 estudios de 23 bases de datos referenciales (2015–2020), la calidad metodológica se evaluó mediante la escala de Jadad. **Conclusión.** Se identificaron 77 factores positivos frente a 16 factores negativos que podrían condicionar la efectividad de la intervención de pérdida de peso en familia.

### PALABRAS CLAVE:

Pérdida de peso, familia/apoyo social, alimentación saludable, actividad física, mantenimiento.

### ABSTRACT:

**Background.** Every year around 3.4 million adults die as a result of being overweight or obese. **Main objective.** Identify the multiple factors that could condition the effectiveness or not, in the family weight loss intervention. **Methodology.** We found 16 studies from 23 reference databases (2015–2020), the methodological quality was evaluated using the Jadad scale. **Conclusion.** 77 positive factors were identified against 16 negative factors that could condition the effectiveness of the family weight loss intervention.

### KEYWORDS:

Weight loss, family/social support, healthy eating, physical activity, maintenance.

## **1. AGRADECIMIENTOS.**

### **A Dios.**

Quien me provee, me permite, y dirige en cada instante de mis días. Gracias por darme fuerzas renovadas cada día.

### **A mis padres y hermanas:**

Diego Lantigua Martínez.

Josefa Gómez Mendoza.

Jatnna Escarlet Martínez Gómez.

Danguiloa Isamar Martínez Gómez.

Por recordarme cada mañana con amor, paciencia y abnegación inconmensurables, la importancia de avanzar a pesar de las vicisitudes que se presentan cada día, y que están a mi lado para darme su apoyo ante cada limitante a lo largo del recorrido.

### **A mi tía: Judith Belkis Gómez Mendoza.**

Por su apoyo incansable e incondicional a favor de mi crecimiento personal y profesional, gracias por luchar como una guerrera excepcional frente a las barreras y a los constantes óbices que se presentan con cada nuevo despertar, haciéndolo todo con pureza y bondad en el corazón.

### **A Juan Barrera Cantón.**

Por su inalienable solidaridad y empatía, y su don para causar risas y poner algo de luz, aún en los días más difíciles.

### **A la Prof. Dra. Marcia Silva de Oliveira.**

Muchas gracias por la buena disposición para colaborar, por compartir la sapiencia en el campo de la biomedicina con humildad, preocupación genuina y con atenta observancia.

### **A mi tutor: Dr. José Antonio Villegas García.**

Por orientarme con su vasta sabiduría y experiencia en el área de la nutrición y la medicina del deporte, y por su extraordinaria presteza.

## 2. ÍNDICE.

### 1. AGRADECIMIENTOS.

### 3. INTRODUCCIÓN:

3.1. Definición y delimitación del problema.....	1
3.2. Revisión bibliográfica: (antecedentes y estado actual del tema) .....	1
3.2.1. La obesidad.....	1-2
3.2.2. Prevalencia de la obesidad.....	3-4
3.2.3. Causas de la epidemia de la obesidad.....	4-5
3.2.3.1. Causas generales de la obesidad.....	5-6
3.2.4. Riesgos de la obesidad para la salud.....	6-7
3.2.5. Dieta saludable para los adultos.....	7
3.2.6. La actividad física.....	7-8
3.2.6.1. La actividad física en población en general.....	8
3.2.7. La implicación de la familia en el mantenimiento del peso perdido.....	8-10
3.2.8. Fundamentos teóricos.....	10-11
3.2.8.1. Estrategias de afrontamiento emocional.....	12-15
Tabla de los factores condicionantes en la intervención de pérdida de peso en familia.....	16-20
3.3. OBJETIVOS.....	20-21
4. METODOLOGÍA.....	21-25
5. RESULTADOS.....	25-52
5.1. Consideraciones relevantes de los estudios incluidos.....	53-54
6. DISCUSIÓN.....	55-61
7. CONCLUSIONES.....	61-62
8. BIBLIOGRAFÍA.....	63-67

### **3. INTRODUCCIÓN:**

#### **3.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.**

El mayor porcentaje de los participantes que destaca en las investigaciones anteriores al respecto son los niños y niñas, frente a los adultos y a los adolescentes, lo que podría ser por la gran preocupación en este grupo de edad como futuros pacientes con obesidad, esto nos podría indicar que debemos dirigir también más investigaciones a los adultos con sobrepeso/obesidad, que son el ejemplo de los más pequeños y que sientan las bases de quien o quienes le observan, y mucho mejor aún si estas investigaciones van enfocadas directamente a investigar factores que determinen intervenciones de pérdida de peso que sean efectivas en la medida que se relacionen al mantenimiento de un peso saludable.

El propósito de esta revisión sistemática es tratar de identificar de manera integrada los siguientes aspectos:

- Los múltiples factores que podrían condicionar la efectividad o no, en cuanto a mejorar la pérdida de peso y su mantenimiento, cuando se implica a la familia para el apoyo tanto en la alimentación saludable como en la actividad física.
- Población objetivo: pacientes adultos con sobrepeso/obesidad.

#### **3.2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRABAJO (ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA).**

##### **3.2.1. La obesidad.**

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud<sup>1</sup>.

La obesidad es definida también como un porcentaje anormalmente elevado de grasa corporal. En los varones, la grasa corporal normal representa el 12-20% del peso corporal. En las mujeres, representa el 20-30% por ciento del peso corporal<sup>2</sup>.

Un método fácil para medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros<sup>1</sup>.

Clasificación del IMC por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO):

- <18,5: peso insuficiente.
- 18,5-24,9: normopeso.
- 25-26,9: sobrepeso grado I.
- 27-29,9: sobrepeso grado II (preobesidad).
- 30-34,9: obesidad de tipo I.
- 35-39,9: obesidad de tipo II.
- 40-49,9: obesidad de tipo III (mórbida).
- >50: obesidad de tipo IV (extrema)<sup>3</sup>.

La SEEDO y la Sociedad Española de la Cirugía de la Enfermedad Mórbida y de las Enfermedades Metabólicas (SECO), argumentan que el hecho de que disminuya el IMC no es indicativo de salud, puesto que existen otras comorbilidades que no influyen en el peso. De hecho, una persona podría tener un IMC superior a 25, o incluso a 30, y no necesitar perder peso, dado que este peso elevado se debe a un gran porcentaje de masa muscular (un culturista, por ejemplo). Es decir, un IMC elevado se relaciona con mayor mortalidad, pero un IMC bajo no tiene por qué asociarse con mayor salud ni tampoco nos sirve para determinar medidas antropométricas, puesto que no tiene en cuenta numerosos factores que pueden afectar a dichas medidas (edad, sexo, etnia, situación fisiológica (embarazo o lactancia), distribución del peso y de la grasa, ciclo menstrual, tipo y funcionalidad de la grasa y el músculo, entre otros)<sup>4</sup>.

El IMC solo nos mide peso, pero no nos indica de que está compuesto dicho peso. Por tanto, aunque el IMC podría ser positivo para realizar mediciones globales o a gran escala, en casos específicos es mejor medir la composición corporal, que nos dará una idea más precisa de los niveles de grasa y de donde está ubicada esta grasa<sup>4</sup>.



### 3.2.2. Prevalencia de la obesidad.

El sobrepeso y la obesidad son el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen alrededor 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o de la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad<sup>5</sup>.

El 31.4% (170 de los 540) evaluados en un estudio de cohorte retrospectivo en 2018 enfocado a pacientes hospitalizados, se ajustan a los criterios clínicos de obesidad, pero solo un pequeño porcentaje (23.5%) tiene obesidad documentada en la lista de problemas de admisión e incluso menos (12%) tiene obesidad documentada en su diagnóstico de alta. Hay una falta de reconocimiento de que la obesidad es un problema médico e incluso en los casos en que se reconoce la obesidad, se pierden oportunidades de intervenciones para educar y motivar a participar en intervenciones para la reducción de peso<sup>6</sup>.

El error radica en creer que identificar a un sujeto como obeso le estigmatiza, en considerar que llamar a alguien con un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg/m<sup>2</sup> “obeso” supone un insulto o un agravio a su dignidad. Es muy evidente que nos encontramos ante una de las enfermedades más prevalentes, más infravaloradas, menos diagnosticadas y tratadas de nuestra historia<sup>7</sup>.

Como dicen Ward et al<sup>8</sup>., más de la mitad de la población europea tiene sobrepeso y obesidad, la proporción de bajo peso fue solo del 2%, y el 44,9% para el peso normal en 2014, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 países europeos fue del 53,1%. La prevalencia general fue mayor en los países de Europa del Este en comparación con los países del centro y norte.

Los resultados de un estudio realizado en el año 2019 que hizo estimación de tendencias y proyecciones específicas de la prevalencia de categorías de índice de masa corporal sugieren con alta precisión predictiva que para 2030 casi 1 de cada 2 adultos tendrá obesidad, y se proyecta que casi 1 de cada 4 adultos para 2030 tendrá obesidad severa<sup>8</sup>.

En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos. El 39% de los adultos de 18 o más años (un 39% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso, alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. A nivel mundial, el

sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal<sup>9</sup>.

### **3.2.3. Causas de la epidemia de la obesidad.**

Distintas explicaciones bastante abarcales acerca de la epidemia de obesidad se relacionan con el entorno alimentario cambiante. Más bien, la obesidad probablemente resultó de cambios en la cantidad y calidad calórica del suministro de alimentos en sincronización con un sistema alimentario industrializado que produjo y comercializó alimentos convenientes y altamente procesados a partir de insumos agrícolas baratos. Dichos alimentos a menudo contienen altas cantidades de aditivos de sal, azúcar, grasa y sabor, y están diseñados para tener propiedades apetitivas supernormales que conducen a un mayor consumo. La inmensa accesibilidad a alimentos convenientes y económicos también cambió el comportamiento normativo de la alimentación, con más personas comiendo en la calle o en los restaurantes<sup>10</sup>.

Alguna vez considerados problemas de países con ingresos altos, la obesidad y el sobrepeso están en aumento en los países con ingresos bajos y medios, especialmente en las áreas urbanas<sup>11</sup>.

Resulta difícil imaginar una demostración científica definitiva de la causa de la epidemia de obesidad, porque los cambios ambientales de la población son difíciles de aislar y manipular experimentalmente. Es más fácil descartar explicaciones simples de la obesidad, como las basadas en macronutrientes dietéticos individuales. Además, una confluencia de múltiples cambios ambientales interrelacionados, aparte del ambiente alimentario, como la disminución de la actividad física ocupacional, probablemente juega un papel moderador importante en el desarrollo de la epidemia de obesidad<sup>10</sup>.

El aumento del suministro de energía alimentaria es uno de los principales impulsores de la epidemia de obesidad<sup>12</sup>. Parece claro que el ambiente alimentario es probablemente el principal impulsor de la epidemia de obesidad<sup>10</sup>.

Como argumentan Herrero et al<sup>4</sup>., innumerables variaciones en el estilo de vida afectan a nuestra forma de comer; el mayor poder adquisitivo, el avance en el conocimiento de la nutrición y la tecnología de alimentos, la urbanización, o la incorporación de la mujer al mundo laboral suponen cambios tanto en las elecciones alimentarias (opciones o tipos de comidas) como en el ambiente que rodea al momento de comer. Por ejemplo, durante la comida se mira

el televisor, se han alterado a los horarios de comida (antes dependían de la luz solar, luego se adaptaron a los horarios de los trabajos del campo y actualmente dependen de las necesidades individuales, lo que los hace muy irregulares), se suele comer más rápido, cada vez se come menos en familia, se dedica poco tiempo a cocinar y a disponer de alimentos saludables.

Para frenar la epidemia mundial de obesidad es necesaria una estrategia poblacional, multisectorial, multidisciplinaria y adaptada al entorno cultural. El plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles constituye una hoja de ruta para el establecimiento y fortalecimiento de iniciativas de vigilancia, prevención, y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la obesidad<sup>13</sup>.

#### 3.2.3.1. Causas generales de la obesidad.

La obesidad es una enfermedad multifactorial:

- **Genes:** con un porcentaje de influencia de un 5 a 10%.
- **Descanso:** dormir poco o mal se asocia tanto a una mayor probabilidad de aumentar de peso como a impedir perderlo.
- **Estrés:** las personas con estrés suelen ingerir mayores cantidades, preferir alimentos más palatables (ricos en azúcares simples, grasas no saludables, sal o potenciadores del sabor) y tener más riesgo de comer emocional.
- **Cultura:** en países industrializados la cultura alimentaria suele girar en torno a las celebraciones con comida, la opulencia y el consumismo.
- **Sedentarismo:** la actividad física, el ejercicio físico o el deporte, no solo favorecen a la pérdida de peso (siempre que valla acompañado de otros hábitos saludables), sino que además ayuda a que este se mantenga.
- **Alimentación:** lo más importante a tener en cuenta no es la cantidad sino la calidad de los alimentos que se consumen.
- **Fármacos:** algunos tienen como efecto secundario el aumento de peso (corticoides, algunos antidepresivos, antiepilépticos, fármacos de terapia hormonal, beta bloqueadores y esteroides), entre estos efectos están que estimulan el apetito, dificultan la oxidación de las grasas o favorecen la retención de líquidos.

- **Metabolismo:** a medida que se cumplen años, el metabolismo se va haciendo más lento (disminuye la eficacia en la quema de energía).
- **Hormonas:** el sistema por el que se regula el hambre y la saciedad está mediado por determinadas hormonas (sensación de hambre-ghrelina, sensación de saciedad-leptina), y neurotransmisores, la alteración de cualquier mecanismo fisiológico relacionado con estas puede hacer que sus efectos se vean alterados, favoreciendo el aumento de peso.
- **Masa muscular y adiposa:** el tejido muscular es mucho más activo metabólicamente, de forma que tener más cantidad de masa muscular ayudará a acelerar el metabolismo. Por su parte, el componente graso es prácticamente inactivo desde el punto de vista metabólico, las personas con obesidad (exceso de grasa), suelen tener un gasto energético basal menor, dificultando así la pérdida de peso.
- **Disbiosis:** se ha observado que el equilibrio en una microbiota intestinal adecuada juega un papel fundamental en la prevención de enfermedades, entre ellas la obesidad. Además, investigaciones actuales relacionan el papel de la melatonina en la inhibición de la obesidad por tener efectos positivos sobre la microbiota intestinal.
- **Psicología:** las emociones juegan un papel fundamental en nuestras elecciones alimentarias. Por tanto, el estado de ánimo y estados psicológicos alterados pueden determinar qué, cómo, cuánto y cuando comemos.
- **Patologías:** existen ciertas patologías en el que el aumento de peso es una consecuencia (hipotiroidismo, diabetes mellitus tipo 2, el síndrome de Cushing, la depresión), son algunas.
- **Complejión individual:** la distribución de tejido graso y muscular son factores determinantes en el objetivo de peso a marcar.
- **Edad:** a medida que aumenta la edad, el metabolismo basal se hace más lento y la probabilidad de aumentar de peso es mayor<sup>4</sup>.

#### 3.2.4. Riesgos de la obesidad para la salud.

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes:

Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial la

osteoartritis), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon)<sup>9</sup>.

### 3.2.5. Dieta saludable para los adultos.

Para los adultos una dieta sana incluye lo siguiente:

- **Frutas, verduras, legumbres:** (tales como lentejas y alubias), frutos secos y cereales integrales. Al menos 400 g (es decir, cinco raciones) 3 raciones de frutas, donde al menos una de estas frutas sea rica en vitamina C, y 2 raciones de hortalizas al día, una en su versión cruda y otra en su versión cocida.
- **Azúcares libres:** menos del 10% de la ingesta calórica total, que equivale a 50 gramos, aunque para obtener beneficios de salud adicionales lo ideal sería un consumo inferior al 5% de la ingesta calórica total.
- **Grasas:** menos del 30% de la ingesta calórica diaria. Preferiblemente las grasas no saturadas o grasas de calidad, como las presentes en pescados azules, aguacates, frutos secos y en los aceites de girasol, soja, canola y oliva. Se sugiere reducir la ingesta de grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta total de calorías, y a menos del 1% la de grasas trans<sup>14</sup>.
- **La sal:** debería ser yodada y no superar la cantidad de 6 g al día<sup>15</sup>.

### 3.2.6. La actividad física.

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. La actividad física abarca actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas<sup>16</sup>.

El término "actividad física" no debe confundirse con el de "ejercicio". Este último es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física<sup>17</sup>. La actividad física tanto moderada como intensa es beneficiosa para la salud<sup>18</sup>.

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21% - 25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica<sup>17</sup>. Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual<sup>13</sup>.

Como dicen Rueda-Clausen et al<sup>19</sup>., las modificaciones conductuales que mejoran los comportamientos alimenticios y aumentan la actividad física constituyen una piedra angular para el manejo integral y sostenible del peso.

El control de la acción y el apoyo recibido por parejas, explican en parte los efectos positivos en los niveles de adherencia a la actividad física<sup>20</sup>.

#### 3.2.6.1. La actividad física en población en general.

El objetivo planteado en estas recomendaciones por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), se concreta en 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada, o su equivalente de 10.000 pasos al día, quizá con algunos pasos o periodos puntuales de mayor intensidad<sup>15</sup>.

Lo más adecuado es que la actividad física, el ejercicio físico o el deporte que elijamos practicar, esté supervisado por un licenciado/especialista en actividad física o por un especialista en medicina del deporte.

#### **3.2.7. La implicación de la familia en el mantenimiento del peso perdido.**

Según el estudio MedWeight en 2016, el apoyo de la familia es un factor más destacado en comparación con el apoyo de los amigos durante la intervención de pérdida de peso, y el apoyo para el ejercicio físico más destacado que el apoyo para la dieta<sup>21</sup>.

En un estudio dirigido a hombres negros que tuvieron la opción de inscribirse en programas de pérdida de peso y de participar con parejas románticas, se observó que perdieron peso

clínicamente significativo. El impacto tanto en el participante índice como en la pareja puede proporcionar un efecto sinérgico para el hogar y reducir el riesgo de obesidad a nivel familiar<sup>22</sup>.

El aumento de las tasas de obesidad ha llevado a muchos miembros de la familia, dentro y entre generaciones, a compartir comportamientos poco saludables y con ello a los elevados riesgos de enfermedades crónicas. En vista de esta tendencia, las intervenciones de apoyo familiar en las que dos o más miembros de la familia colaboran en los esfuerzos por cambiar estos comportamientos compartidos, justifican una mayor atención<sup>23</sup>.

Como aseveran Sorkin et al<sup>23</sup>., debido a que los riesgos para la salud a menudo son compartidos por múltiples miembros de la familia, las intervenciones diádicas culturalmente apropiadas tienen el potencial de aumentar el éxito de los esfuerzos de cambio de comportamiento y extender su alcance a múltiples miembros de la familia.

El respaldo de la comunidad y del entorno son fundamentales para influir en las elecciones personales y evitar la obesidad. La responsabilidad individual solo puede ejercer plenamente sus efectos cuando las personas tienen acceso a un modo de vida saludable y reciben apoyo para elegir opciones dietéticas más saludables<sup>13</sup>.

Investigaciones previas han abordado la efectividad de la pérdida de peso mediante una intervención familiar, dirigiéndose a un único factor aislado de otros factores que condicionan su efectividad o no, encontrar más factores podría conducir a un abordaje adecuado y efectivo, a través de la intervención familiar, y con la finalidad angular de prevenir aquellas condiciones que pueden afectar su adecuado desarrollo, tratando de promover e implementar intervenciones de pérdida de peso cada vez más enfocadas al mantenimiento del peso perdido o lo que podría decirse de otra manera, un peso saludable constante o sostenido.

Mediante una revisión bibliográfica en bases de datos documentales de las investigaciones que se han hecho con anterioridad en relación al tema propuesto, se puede argumentar que en todas las investigaciones realizadas hasta el momento se enfocó de forma general a aspectos como la pérdida de peso en niños, en embarazadas, estudiantes o en adolescentes, más que en adultos; no se estudiaron o buscaron a múltiples factores (solo a uno de manera aislada), que determinen la efectividad o no de las intervenciones de pérdida de peso que implican a la familia<sup>24,25,26</sup>.

En lo concerniente a la adherencia al cambio de hábitos alimentarios y al mantenimiento de un peso saludable, las investigaciones previas se dirigieron con mayor atención a otros tipos de

observaciones o poblaciones objetivo; como control de peso, manejo de la pérdida de peso, intervenciones para bajar de peso, el cambio conductual al implicar a la familia en el proceso o la indagación del grado de adherencia que proporciona un programa o un tipo de intervención de pérdida de peso en específico, la comunicación padres y madres e hijos (as), las creencias de padres y madres sobre la alimentación, la educación alimentaria en el hogar y su influencia en los hábitos alimentarios de los hijos (as), así como la influencia y efecto de la posición socioeconómica<sup>24,25,26</sup>.

La finalidad de la actual revisión sistemática fue identificar a los múltiples factores que podrían condicionar la efectividad o no, en cuanto a mejorar la pérdida de peso y la permanencia de un peso saludable, cuando se implica a la familia para el apoyo tanto en la alimentación saludable como en la actividad física.

### **3.2.8. Fundamentos teóricos.**

Como dicen Karfopoulou et al<sup>27</sup>., el apoyo que ofrecen los miembros de la familia de las personas que tienen la finalidad de mantener la pérdida de peso, puede ser más eficaz cuando ese apoyo que brindan es en forma de cumplidos y participación activa, en vez de instrucciones verbales y recordatorios. Los profesionales de la salud deben ser cuidadosos en el momento de implicar a los miembros de la familia en la intervención para el mantenimiento de la pérdida de peso, capacitándolos previamente respecto a la conductas más apropiadas, tratando de que estos tengan un enfoque en el apoyo positivo, y no uno basado en dar instrucciones o consejos sin la debida supervisión de los especialistas, dígame, nutricionista-dietista, licenciados en actividad física, y /o psicólogos según los requiera cada caso en particular.

En determinadas ocasiones algunos tipos de apoyo para una alimentación saludable por parte de los familiares pueden ser percibidos como críticos y/o controladores por el miembro objetivo<sup>28</sup>.

En la constante lucha contra la epidemia de obesidad global, se deben hacer recomendaciones con carácter profesional acerca de la comunicación interpersonal direccionada a los miembros de la familia y a las personas con sobrepeso u obesidad que buscan perder y mantener el peso, junto con información instrumental sobre alimentación saludable y actividad física<sup>29</sup>.



La necesidad y el beneficio/efectividad del apoyo durante los procesos de pérdida de peso y su mantenimiento, es altamente individualizado<sup>30</sup>.

Como argumentan Rieger et al<sup>28</sup>., mediante la aplicación de la subescala de participación (SSPA), se ha notificado que un mayor estímulo y participación en la actividad física de personas significativas en la vida del miembro objetivo a perder peso, están relacionadas con una mayor participación y confianza para participar en la actividad física.

De acuerdo con la teoría del control social (SCT), la influencia instrumental (o control social positivo), es un tipo activo de influencia que se enfoca en el comportamiento, mediante el cual la pareja impulsa al otro a mantener metas en lo referente a comportamientos saludables. La combinación de estímulo e influencia, mientras se evita la coerción, parece ser eficaz cuando se trata de estimular la motivación interna y de provocar comportamientos saludables<sup>30</sup>.

En el programa (FIT), aplicado en el año 2019 tanto a padres y madres como a adolescentes afroamericanos(as), los participantes aprendieron acerca de temas que parecen ser muy influyentes respecto a la pérdida de peso y su mantenimiento, en este programa se incluyeron estrategias con el fin de lograr el aumento de sus habilidades para monitorear la dieta, la actividad física (utilizando una herramienta de libre elección), la autorregulación para resolver las barreras culturales y acerca de la prevención de recaídas<sup>31</sup>.

La metodología de intervención utilizada en el ensayo controlado aleatorio (Juntos, la alimentación y la actividad son importantes (TEAM) por sus siglas en inglés, propone a las parejas participar en varias actividades para fortalecer el apoyo recíproco durante el proceso de la intervención de pérdida de peso:

- Actividades para desarrollar y mejorar las habilidades de comunicación (oyente-orador).
- Firma de un contrato de compromiso comprometiéndose entre sí con la pérdida de peso.
- Información de riesgo basada en escenarios (conciencia de cambio y percepción de riesgo): las parejas se presentan a una pareja o persona ficticia con un perfil de salud similar.
- Estrategia de afrontamiento de problemas: las parejas participan en actividades de sus parejas románticas para desarrollar habilidades de afrontamiento<sup>22</sup>.

### 3.2.8.1. Estrategias de afrontamiento emocional.

Las estrategias de afrontamiento emocional tienen la finalidad de mitigar o gestionar el malestar emocional relacionado o producido por la situación. La persona busca la regulación de las consecuencias emocionales incitadas por la presencia del evento estresante. Los esfuerzos deben dirigirse, más que a modificar las eventualidades, a modificar los propios pensamientos, la manera de interpretar la situación y los pensamientos gestados en lo referente a determinados momentos<sup>34</sup>.

- **Afrontamiento proactivo:** es la manera de hacer frente a un evento de estrés con el fin de cambiar la situación, responde a una actitud creativa e implica conductas aproximativas al problema, tendentes a la resolución<sup>34</sup>. Esta establece un marco axiológico que acompaña cada eventualidad que surge en la vida personal o profesional<sup>35</sup>.
- **Ansiedad anticipatoria:** es un proceso de evaluación cognitiva que tomando en consideración la experiencia, pronostica las consecuencias de un suceso determinado, su función es activar al organismo antes de que este posible peligro suceda. Los pensamientos anticipatorios sin exacerbación de la realidad motivan el desarrollo de competencias y de planes de acción<sup>36</sup>.
- **Conducta de salud o conducta preventiva:** conjunto de creencias de la persona que genera algún nivel de preparación psicológica para actuar arrojando el problema de salud<sup>37</sup>.
- **Afrontamiento reactivo:** responde a una postura defensiva frente a una situación de estrés. Es poco efectiva y facilita la agravación del problema al no buscarle soluciones<sup>34</sup>.
- **Evitación:** comportamiento que al llevarse a cabo retrasa la aparición de un estímulo aversivo<sup>38</sup>.
- **Escape:** se denomina así al comportamiento que termina con un estímulo aversivo<sup>38</sup>.
- **Búsqueda de apoyo:** que puede ser emocional y/o social<sup>33</sup>.
- **Resolución de problemas:** las parejas participan en actividades de escenarios que requieren la resolución colaborativa de problemas, participan además en talleres brindándose múltiples formas de apoyo en escenarios de la vida real<sup>33</sup>.

Conocer los estilos y estrategias de afrontamiento y su influencia sobre la salud puede direccionar las acciones orientadas a intervenir sobre las personas, abasteciéndose de herramientas que les faciliten una mayor capacidad de adaptación a las diferentes situaciones que pueden encontrar en el día a día<sup>34</sup>.

Como expone Dailey<sup>39</sup>, en las parejas que tienen objetivos con perspectivas divergentes sobre la pérdida de peso, las estrategias del estímulo y la influencia son menos efectivas, y la estrategia de coerción es “más efectiva” (la cual generalmente induce emociones negativas, por ejemplo; miedo, rechazo). La coerción se conceptualiza como la acción de reprimir a una persona para condicionar su conducta<sup>40</sup>. Además, la coerción fue vista de manera muy tenaz, como menos frecuente y efectiva<sup>39</sup>.

Mediante los procesos de influencia y persuasión se modelan los afectos, creencias, actitudes, intenciones y conductas. La intención de influir va direccionada a conseguir un cambio en la conducta de los demás<sup>41</sup>.

Como aseveran Skapinsky et al<sup>42</sup>., la información de riesgo de salud conyugal puede resultar una influyente estrategia de motivación para mejorar los niveles de actividad física frente a la información de riesgo personal, particularmente para las mujeres. Las esposas pueden que se habitúen a este comportamiento para apoyar a sus esposos y/o sus hijos, cuyo riesgo se ve directamente afectado por el riesgo de sus padres. Los esposos muestran este cambio de comportamiento solo cuando sus esposas tienen un mayor riesgo de enfermedad cardíaca, participando en niveles de actividad física más altos.

El suministro de recomendaciones de comportamientos junto con información de riesgo de salud conyugal puede ser de mucha utilidad para motivar el cambio de comportamiento<sup>42</sup>.

En el estudio con intervenciones centradas en la pareja para promover la actividad física en adultos mayores, entre los criterios de elegibilidad se requiere que al menos un compañero sea aconsejado por un proveedor de atención médica para aumentar la actividad física<sup>43</sup>.

Identificar y comprender los factores interpersonales que influyen en la participación en la actividad física de manera regular, no solo puede promover la salud individual, sino que también puede reducir los costos de atención médica para los adultos mayores, sus familias y la sociedad<sup>43</sup>.

Como dicen Knoll et al<sup>44</sup>., los modelos que predicen una actividad física vigorosa dentro de la condición de planificación individual (IPC), también muestran una prueba significativa en

las parejas que presentan mayor calidad en el tiempo dedicado a la relación de pareja, vinculada al aumento y mantenimiento de la actividad física.

Las hijas adolescentes y las madres muestran predilección por ciertas estrategias dietéticas y de actividad física, entre las cuales se incluyen:

1. Reducción del consumo de bebidas azucaradas, sobre todo en el desayuno.
2. Mantenimiento y aumento de la actividad física pausada.
3. Reuniones de hijas y madres enfocadas en actividades interesantes y divertidas, como la degustación de comidas, demostraciones de cocina, excursiones a supermercados y a mercados de agricultores, a centros de entrenamiento físico, así como la concesión de recompensas y premios.
4. Grupos solo para hijas enfocados en el manejo adecuado de dispositivos de nutrición y salud.
5. Grupos solo para madres enfocados en clases de alimentación saludable.
6. Dar la oportunidad de elegir un horario para el ejercicio físico, y para la expresar ideas, opciones/opiniones particulares y puntos de vista.
7. Un formato conveniente, seguro y flexible para las participantes<sup>45</sup>.

La participación y satisfacción de hijas y madres con las intervenciones dietéticas y de actividad física, puede verse afianzada por el uso de estrategias de intervención adaptadas a la edad y su adecuación a la cultura<sup>43,45</sup>.

En los resultados obtenidos en el estudio en parejas románticas, acerca de los factores facilitantes e interferentes en los objetivos de pérdida de peso, entre las implicaciones para promover la pérdida de peso se reconocen siete temas que facilitan el proceso de pérdida de peso de la pareja:

1. Dieta que permite la pareja.
2. Motivación y estímulo.
3. Apoyo emocional y refuerzo positivo.
4. Hacer ejercicio físico juntos.
5. Ejercicio habilitador de pareja.
6. Hacer dieta juntos.
7. Influencia y prioridades en la relación<sup>46</sup>.

Como dicen Theiss et al<sup>46</sup>., las personas tienen mayor éxito cuando realizan conjuntamente tareas vinculadas con el objetivo, debido a esto las parejas románticas pueden facilitar la pérdida de peso al proporcionar responsabilidad y solidaridad a las personas que intentan controlar su alimentación y el ejercicio físico. Comunicar apoyo y aliento, puede ser realmente provechoso para promover los objetivos de pérdida de peso de una pareja romántica.

Los resultados en el estudio en parejas románticas acerca de los factores facilitantes e interferentes en los objetivos de pérdida de peso, también señalan diversas maneras en que las parejas románticas interfieren con los objetivos de pérdida de peso:

1. Incapacidad para planificar comidas saludables.
2. Incapacidad para controlar el entorno alimentario.
3. Prevenir o desalentar para la práctica de ejercicio físico.
4. Desánimo emocional o relacional<sup>46</sup>.

Las parejas románticas deben tener muy en cuenta cómo sus comentarios directos e indirectos sobre la pérdida de peso de una pareja pueden tener implicaciones para el bienestar personal y relacional. La influencia de una pareja es una parte de la rutina de las relaciones interdependientes en que las personas carecen de conciencia respecto a la naturaleza de la participación (positiva o negativa) de su pareja en sus objetivos personales<sup>46</sup>.

Como argumentan Theiss et al<sup>46</sup>., la identificación del doble o más de factores de facilitación frente a factores de interferencia en relación a los objetivos de pérdida de peso del miembro familiar objetivo al que se brinda apoyo, puede ser debido a que las personas atribuyen positivamente las acciones y comportamientos de su pareja en la relación, en lugar de asumir que una pareja tiene intenciones maliciosas, también pueden no ser capaces de reconocer las formas en que su pareja apoya o socava sus objetivos, o porque no se han implicado con un compromiso consciente en determinado comportamiento específico de pérdida de peso, lo que les hace susceptibles a ser influenciados por una pareja romántica.

Con la actual epidemia global de la obesidad, con su constante incremento, y los innumerables problemas de salud que pueden acompañar a esta enfermedad, es urgente ayudar a las personas a identificar estrategias o a los múltiples factores que pueden o no contribuir en el mantenimiento de un peso saludable<sup>46</sup>.

### **Factores Positivos**<sup>21,22,27,28,30,31,37,40-47</sup>

1-Recibir elogios (a manera de cumplidos y participación activa del miembro familiar).

2-Apoyo positivo y no instructivo.

3-La comunicación interpersonal.

4-Explicación proactiva del razonamiento de la pérdida de peso (ayuda a evitar la sensación de amenazado o inseguridad acerca de sí mismo debido al control de peso).

5-Reconocer los esfuerzos de actividad física del miembro objetivo, y alentarlos a continuar trabajando duro para lograr sus objetivos.

6-El mayor apoyo y estímulo percibido.

7-Actitud de tranquilidad, apertura y comprensión.

8-Brindar una influencia activa.

9-Abstenerse de inducir emociones negativas.

10-La influencia instrumental (o control social positivo).

11-La combinación de estímulo e influencia, mientras se evita la coerción, con la finalidad de inculcar la motivación interna y provocar comportamientos saludables.

12-Ser activos en la preparación de las comidas con los familiares.

13-Hacer comidas saludables juntos, con mucha frecuencia.

14-Cuidado y superación recíproca durante el proceso de pérdida de peso.

15-Demostrar con hechos la importancia de alimentarse saludablemente, y hablar al respecto mediante una comunicación natural y agradable.

16-Pasar tiempo juntos y hacer preguntas sobre el proceso que están viviendo.

17-La comunicación positiva.

18-Escuchar y reflexionar (con contacto visual para que la persona sepa que se le está prestando atención).

19-Establecimiento de objetivos a largo plazo (creación de objetivos razonables para trabajar hacia un estilo de vida saludable y permanente).

20-Vigilar la ingesta y mantenerla actualizada (seguimiento al menos un día a la semana).

21-Estrategias de autocontrol (establecimiento efectivo de metas, equilibrio energético-nutricional, apoyo social, reducción del tiempo de detección (prevención de recaídas), y tratamiento de barreras para la actividad física.

22-Monitoreo de la actividad física.

23-Monitoreo recíproco de la ingesta calórica, gasto de energía y peso, utilizando una herramienta de libre elección.

- 24-Establecimiento semanal de objetivos específicos de pérdida de peso en conjunto, incluidos los objetivos de consumo, gasto y comportamiento sedentario.
- 25-Identificar barreras personales, sustituirlas por alternativas más saludables y proporcionar refuerzos positivos.
- 26-Estrategias de comunicación positiva (la escucha reflexiva, y la resolución de problemas, por ejemplo).
- 27-Establecimiento de límites con relación a los comportamientos de pérdida de peso.
- 28-Supervisión de la implementación de reglas y recompensas familiares, por adherirse a los comportamientos de pérdida de peso.
- 29-Dar oportunidad al miembro apoyo para dar opiniones respecto a opciones saludables, y a negociar las reglas y los cambios de comportamiento juntos.
- 30-Toma de decisiones compartidas.
- 31- Aportación de información de las madres y de los padres, y creación de confianza con la finalidad de cambiar los comportamientos respecto a la pérdida de peso de los hijos.
- 32-El desarrollo de planes de acción por parte de las familias, para resolver las barreras culturales para la pérdida de peso, y el desarrollo de habilidades parentales, según corresponda.
- 33-El apoyo a la autonomía del cónyuge predice la pérdida de peso en las esposas y sus esposos.
- 34-Enfoque desde la teoría de la autodeterminación, para las parejas con bajos niveles de autoeficacia.
- 35-Conciencia de cambio, y percepción de los riesgos que involucra el sobrepeso/obesidad.
- 36-Estrategias de afrontamiento emocional.
- 37-Participación de las parejas en actividades de escenarios que requieren la resolución colaborativa de problemas.
- 38-Participación de las parejas en talleres prácticos, es decir brindando diversas formas de apoyo en escenarios de la vida real.
- 39-La percepción de más esfuerzo en equipo.
- 40-El clima relacional sincronizado (cambio de comportamiento que se sincroniza con la pareja), parece generar un ambiente positivo y facilitador en el cual manejar el peso.
- 41-Enfoque similar al de la pareja.
- 42-Perseguir los objetivos de pérdida de peso sin sacrificar las responsabilidades de la relación de pareja.
- 43-Tácticas de influencia y aliento.
- 44-Enfatizar la importancia y los beneficios de la alimentación saludable, y de practicar actividad física, ejercicio físico o algún deporte (tratando de brindar esta información bajo la supervisión o recomendación de un profesional de la salud).
- 45-Compartir el objetivo de pérdida de peso en pareja (produce percepción de influencia, ánimo y coacción, y las personas pueden ser más receptivas en la toma decisiones más saludables).

46-La influencia y el estímulo en el apoyo sincronizado.

47-El apoyo a la autonomía de los hombres, y a la motivación autodeterminada de las mujeres, con respecto a los esfuerzos relacionados con la alimentación.

48-Activación de un proceso de afrontamiento comunitario: debido al efecto motivador en las mujeres de la información de riesgo conyugal (factor de riesgo de salud del esposo), para mejorar los paradigmas de actividad física.

49-Compartir los objetivos individuales y trabajar juntos para alcanzarlos, contribuye al aumento de la actividad física.

50-La mayor calidad de la relación de pareja (personas que son más felices en sus relaciones), al parecer esto permite mantener los niveles de actividad moderada y vigorosa.

51-Sesiones conjuntas de hija y madre, enfocadas en actividades como la degustación de comida, demostraciones de cocina, y excursiones a supermercados, a mercados de agricultores, y a centros de acondicionamiento físico.

52-Establecer metas u objetivos semanales o mensuales (antes de establecer esas metas, hacer demostraciones previas, a modo de práctica preparatoria para la consecución de dichas metas).

53-Brindar la libre elección de un horario para la práctica del ejercicio físico.

54-Proveer clases de demostración de ejercicios físicos.

55-Crear un vínculo a través de la cocina, cocinando comida saludable juntos, y haciendo modificaciones prudentes, tomando en cuenta los gustos de cada uno.

56-Realizar juntos las compras en el supermercado (decisión compartida respecto a la elección de las opciones alimentarias).

57-Ver al miembro apoyo practicando ejercicio físico y ser invitados por estos, produce motivación.

58-Las interacciones familiares cálidas.

59-El apoyo a la autonomía de los hijos.

60-Las experiencias agradables y autoiniciadas.

61-Proporcionar estrategias para la prevención de recaídas.

### **En Parejas Románticas**<sup>21,22,27,28,30,31,37,40-47</sup>

62-Proporcionamiento de alimentos saludables a la pareja, y disposición de ánimo para seguir los mismos hábitos de alimentación, ser conscientes de lo verdaderamente necesario para estar saludables.

63-Mantener opciones de alimentos saludables en casa.

64-Motivación a ir al gimnasio, brindar obsequios o recursos tangibles para apoyar los esfuerzos de pérdida de peso.



- 65-Preguntar si ha logrado sus objetivos dietéticos y de actividad física del día o de la semana, (percepción de responsabilidad de los objetivos de alimentación y de acondicionamiento físico).
- 66-Búsqueda conjunta de sustitutos saludables para los alimentos que les gustan a ambos.
- 67-No inducir a la presión, alentar a tomar mejores decisiones sean cuales sean las elecciones de comida de cada uno.
- 68-Ante el desánimo o la frustración por los esfuerzos, resaltar lo positivo (que están haciendo un buen trabajo, felicitar la apariencia, y dejar saber que se ha notado u observado el progreso).
- 69-Hacer un comentario positivo cuando se vea hacer una elección de comida saludable, y expresar el orgullo a la pareja romántica por haberse esforzado y alcanzado algún objetivo.
- 70-Comunicación fluida.
- 71-Reorganización de los horarios para ir al juntos al gimnasio, y sugerencias de nuevas clases de entrenamiento.
- 72-Identificar y planificar las actividades físicas preferidas de cada uno (tratar de hacer todas o algunas juntos).
- 73-Apoyo tangible (la compra de equipos de gimnasia, el cuidado de las tareas domésticas para que el miembro objetivo disponga de tiempo para hacer ejercicio, y encontrar formas de facilitar el ejercicio físico).
- 74-Disposición de hacer sacrificios para ayudar a mantener una dieta saludable (sustituciones de alimentos por opciones saludables).
- 75-Esfuerzo personal del miembro apoyo por cambiar sus propios malos hábitos alimenticios (sugerencia de comidas y lugares saludables para comer juntos).
- 76-La competencia saludable (actividad física), con la pareja como una razón para perder peso (competiciones de actividad física en equipo (por ejemplo, entrenar para un paseo de 100 kilómetros en determinado mes).
- 77-Establecer objetivos propios respecto a la forma física y a la ética de entrenamiento (pero siempre bajo la supervisión de un profesional de la salud especializado, a modo de inspiración y de actitud competitiva).

### **Factores Negativos**<sup>21,22,27,28,30,31,37,40-47</sup>

- 1-Recibir críticas, sugerencias, y recordatorios sin sentido.
- 2-Recordar hacer algo con lo que ya se está luchando.
- 3-Apoyo verbal o instructivo (percepción negativa).
- 4-El no tener cuidado del comportamiento dietético (ingesta de comida no saludable frente al miembro de la familia que se está apoyando).
- 5-Los mensajes enmarcados negativamente.
- 6-Comentarios respecto a la alimentación saludable de manera controladora.
- 7-La coerción y el control social negativo.

8- Las creencias diferentes o las perspectivas divergentes entre el miembro objetivo y el miembro apoyo respecto a la dieta/ejercicio, y la salud/pérdida de peso (pueden producir menos estímulo y más inducción de emociones negativas).

9-Estimulación poco frecuente por parte del miembro apoyo.

10-La percepción de tensiones relacionales.

11- Incapacidad para controlar el entorno alimentario. Mantener alimentos “peligrosos” en casa (alimentos ultra-procesados, con grasas trans, excesos de sal y azúcar).

### **En Parejas Románticas**<sup>21,22,27,28,30,31,37,40-47</sup>.

12-Alentar a comer en restaurantes de manera habitual en vez de modo ocasional, y en vez de alentar a comer más en casa, a hacer trampa en la dieta, y a no tener en cuenta los tamaños o las cantidades de las raciones.

13-Las presiones sociales para salir a comer con su pareja o con familiares y amigos.

14-Comentarios hirientes, falta de atención o amenazas a la relación, vinculadas con la pérdida de peso.

15-Falta de reconocimiento de objetivos, culpabilidad, apatía, celos y competencia malintencionada.

16-El desequilibrio en el trabajo doméstico como otro factor que obstaculiza los objetivos de pérdida de peso.

Tabla 3.2.8.1. Factores que condicionan la efectividad o no, en cuanto a mejorar la pérdida de peso y el mantenimiento de un peso saludable, cuando se implica a la familia para el apoyo tanto en la alimentación saludable como en la actividad física. (Elaboración propia).

## **3.3. OBJETIVOS.**

### **3.3.1. Objetivo general.**

- Identificar a los múltiples factores que podrían condicionar la efectividad o no, en cuanto a mejorar la pérdida de peso y el mantenimiento de un peso saludable, cuando se implica a la familia para el apoyo tanto en la alimentación saludable como en la actividad física.

### 3.3.2. Objetivos específicos.

- Determinar las diferentes formas de participación o apoyo de las familias en el proceso de la pérdida de peso de adultos con sobrepeso/obesidad, y su efectividad concerniente.
- Identificar las características de las intervenciones basadas en el apoyo familiar en alimentación saludable y/o actividad física, que favorecen el mantenimiento de un peso saludable.
- Reconocer los distintos comportamientos de los miembros de familia (miembros apoyo y miembros objetivo) presentados durante las intervenciones de pérdida de peso, desde los puntos de vista del apoyo en la dieta y/o en la práctica de actividad física.

## 4. METODOLOGÍA.

### Búsqueda de literatura.

Se realizaron búsquedas en 23 bases de datos referenciales o documentales en el período de años (2015–2020), las cuales se detallan junto a los términos de búsqueda utilizados en la (Tabla 4.1). La recuperación estuvo limitada a artículos en inglés. Mediante el método de búsqueda se obtuvieron 1749 estudios que inicialmente fueron evaluados, de estos se preseleccionaron 65 aparentemente importantes los cuales fueron evaluados con relación a los criterios de inclusión, y solo 16 mediante lectura completa fueron finalmente seleccionados. Las citas de todos los estudios recuperados se descargaron al gestor de referencias bibliográficas Zotero, siguiendo el estilo o normas de Vancouver.

<b><u>Bases De Datos.</u></b>	<b><u>No. De Resultados.</u></b>	<b><u>Operadores Booleanos o Lógicos y Descriptores.</u></b>	
		<b>AND</b>	<b>NOT</b>
<b>1. MEDLINE.</b>	50	Weight loss/family.	
	23	Weight loss/social support.	Cancer/diabetes/disability/ Mental illness/eating disorder/anorexy/learning difficulty/asthmatic

			patients/childhood/cardiovascular risk/insulin resistance.
	3	Weight loss/spouses.	
<b>2. EBSCO</b> (MLA Directory of Periodicals, CINAHL Complete, FSTA - Food Science and Technology Abstracts, Food Science Source, Global Health).	98	Weight loss/social support.	Weight loss/social support/diabetes/cancer/childhood/eating disorders/cardiovascular risk/disability/mental illness/anorexia/learning difficulty/asthmatic patients/insulin resistance/metabolic syndrome/children/pregnant/teenagers /HIV/students/lactation/post partum/biomarkers bariatric surgery/social support network.
<b>3. OVID.</b>	600	Weight loss/social support.	
<b>4. PROQUEST</b> (combinado con Medline).	6	Weight loss/social support.	
<b>5. SCOPUS.</b>	255	Weight loss/social support.	
	5	Weight loss/partner.	
<b>6. Scielo.</b>	69	Weight loss/family.	
<b>7. Web of Science</b> (Colección principal de Web of Science con Medline).	59	Weight loss/social support.	
	3	Weight loss/romantic partner.	
	1	Husband/ physical activity.	Diabetes/cancer/mental illness/pregnant/pregnancy .
	2	Emotional social support/ physical activity.	
	5	Spouses/ physical activity.	
	3	Spousal support/physical activity.	
	26	Couples/physical activity.	

	81	Mothers/physical activity.	
	12	Sibling/physical activity.	
	21	Household/physical activity.	
	13	Mothers/healthy eating.	
	9	Household/healthy eating.	
	0	Weight loss-weight loss maintenance/grandfather-grandmother/healthy eating/ physical activity.	
<b>8. LILACS.</b>	3	Weight loss/social support.	
<b>9. IBECS.</b>	0	Weight loss/social support.	
<b>10. Joanna briggs.</b>	0	Weight loss/social support.	
<b>11. National Institute for Health Research (NIHR).</b>	0	Weight loss/social support.	
<b>12. EPISTEMONIKOS.</b>	1	Weight loss/social support.	
<b>13. INDICES CSIC.</b>	0	Weight loss/social support.	
<b>14. Dialnet plus.</b>	12	Weight loss/social support.	
<b>15. ScienceDirect.</b>	0	Weight loss/social support.	
<b>16. Psycinfo.</b>	8	Weight loss/social support.	
	7	Mothers/adult daughters, weight loss/romantic partner, weight loss/partner.	
<b>17. Chocrane.</b>	125	Weight loss/social support.	
<b>18. Frontiers.</b>	24	Weight loss/social support.	
<b>19. NATURE JOURNALS.</b>	58	Weight loss/social support.	

<b>20. PLOS.</b>	46	Weight loss/social support.	HIV, cardiovascular risk.
<b>21. SpringerLink.</b>	99	Weight loss/social support.	
<b>22. Willey.</b>	3	Weight loss/social support.	
<b>23. BMJ.</b>	19	Weight loss/social support.	
	<b>Total: 1749</b>	<b>No. de estudios preseleccionados: 65</b> <b>No. de estudios excluidos: 49</b>	<b>No. de estudios incluidos: 16</b>

Tabla 4.1. Estrategia o ecuación de búsqueda, descriptores y estudios seleccionados (title/title, abstract). (Elaboración propia).

### **Criterios de inclusión.**

- Se incluyen los estudios que establecieron relación de manera directa con los términos de búsqueda (pérdida de peso, familia/apoyo social, alimentación saludable, actividad física, y mantenimiento).
- Estudios en los cuales las intervenciones de pérdida de peso implicaron a las familias de pacientes adultos con sobrepeso/obesidad.
- Se incluyeron estudios solo de tipo ensayos clínicos aleatorizados.
- Aquellos estudios que analizaron la efectividad de la intervención de pérdida de peso, orientada al mantenimiento de un peso saludable con la implicación de la familia para el apoyo en la alimentación saludable y en la actividad física.

### **Criterios de exclusión.**

- Estudios en los cuales el grupo de participantes a estudiar fueron niños (as), adolescentes/estudiantes, y mujeres embarazadas o postparto.
- Se excluyeron los estudios en los cuales los participantes tenían enfermedades mentales, dificultades de aprendizaje, trastornos de conducta alimentaria, enfermedades crónicas no transmisibles, y enfermedades infecciosas o transmisibles.
- Aquellos estudios con pacientes intervenidos mediante cirugía bariátrica.

## **Extracción de datos y evaluación de la calidad.**

Para la extracción de los datos se diseñaron dos tablas que recogen la siguiente información: a los ensayos clínicos aleatorizados con título/metodología o diseño de la intervención/DOI, escala o puntuación de Jadad, No. de participantes, género, país origen del estudio, implicación en: (actividad física, alimentación saludable o en ambas, miembro familiar apoyo y nivel de actividad física), edad, e IMC (Tabla 5.1). Además, el período de duración de la intervención (pérdidas: abandonos y retiradas), nivel educativo/nivel económico, antecedentes heredofamiliares/enfermedad asociada, frecuencia de asistencia a las sesiones, miembro familiar implicado y técnica de cambio de comportamiento asociada, intervención presencial o a la distancia, y compensación económica por participar en los estudios y/o en sus sesiones (Tabla 5.2).

La calidad metodológica de los ensayos clínicos aleatorizados utilizados se evaluó mediante la escala o puntuación de Jadad.

Para cuantificar la heterogeneidad entre los ensayos clínicos, se utilizó el índice estadístico  $I^2$ , mediante el software, Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 5.3.

La figura y las gráficas fueron diseñadas en el Software (Piktochart).

## **5. RESULTADOS.**

### **Escala o puntuación de Jadad.**

La calidad metodológica de los ensayos clínicos aleatorizados utilizados se evaluó mediante la escala o puntuación de Jadad, donde se registraron las siguientes puntuaciones: 10 estudios con  $\leq 2$  puntos, 5 estudios con  $\geq 3$  puntos, y ningún estudio con 5 puntos.

### **No. de participantes.**

La cantidad de la muestra en los ensayos incluidos fue de 25 a 411 participantes<sup>21,22,27-31,37,40-47</sup>.

### **Género.**

El sexo femenino y masculino se identificó en catorce de los estudios<sup>21,22,28-31,37,40-44,46,47</sup>, y en dos estudios solo participaron mujeres<sup>27,45</sup>.

### **País origen del estudio, y miembro familiar con sobrepeso/obesidad (MFSO).**

En lo concerniente a los países, se encontró que doce estudios se llevaron a cabo en Estados Unidos<sup>22,28,30,31,37,40,41,43-47</sup>, un estudio en Grecia<sup>21</sup>, un estudio en Finlandia<sup>29</sup>, un estudio en Australia<sup>27</sup>, y un estudio en Alemania<sup>42</sup>. Con lo referente a la condición de sobrepeso/obesidad de los miembros de la familia participantes, solo en cinco estudios se especificó que tanto el miembro familiar objetivo como en el miembro familiar apoyo se encontraban en sobrepeso/obesidad<sup>31,40,42,43,47</sup>, en el resto de los estudios este dato no se especificó<sup>21,22,27-30,37,41,44-46</sup>.

### **Implicación en: actividad física, alimentación saludable o en ambas (Gráfica 5.1).**

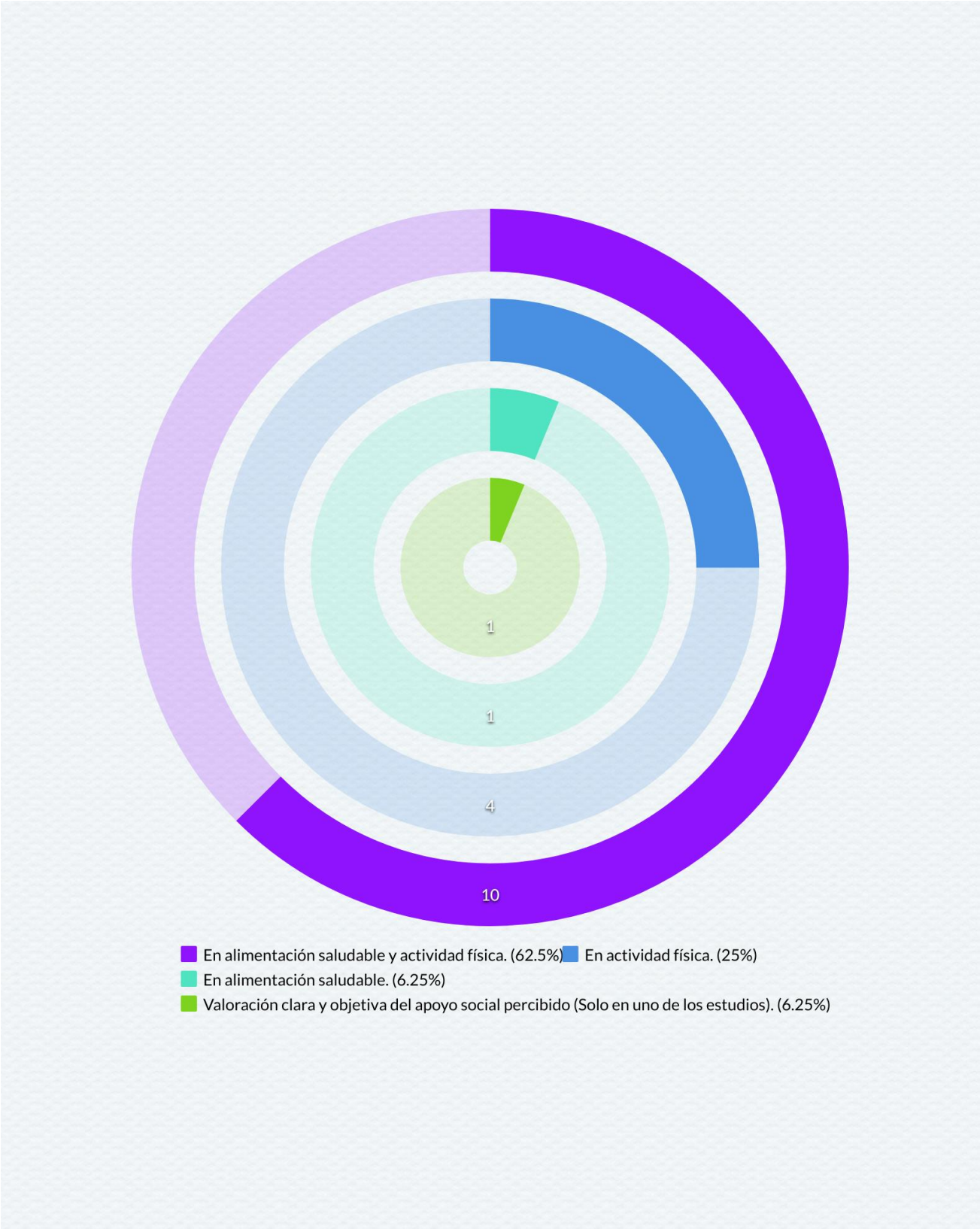
En diez de los estudios la intervención se enfocó en el apoyo tanto a la alimentación saludable como a la actividad física<sup>21,22,27,29,30,31,37,43,44,47</sup>, cuatro estudios solo a la actividad física<sup>40-42,45</sup>, y un estudio solo a la alimentación saludable<sup>28</sup>, resulta evidente que se brinda más apoyo en actividad física frente al apoyo en la dieta, este es un hallazgo similar al del estudio MedWeight<sup>21</sup>.

### **Miembro familiar apoyo (Gráfica 5.1.2).**

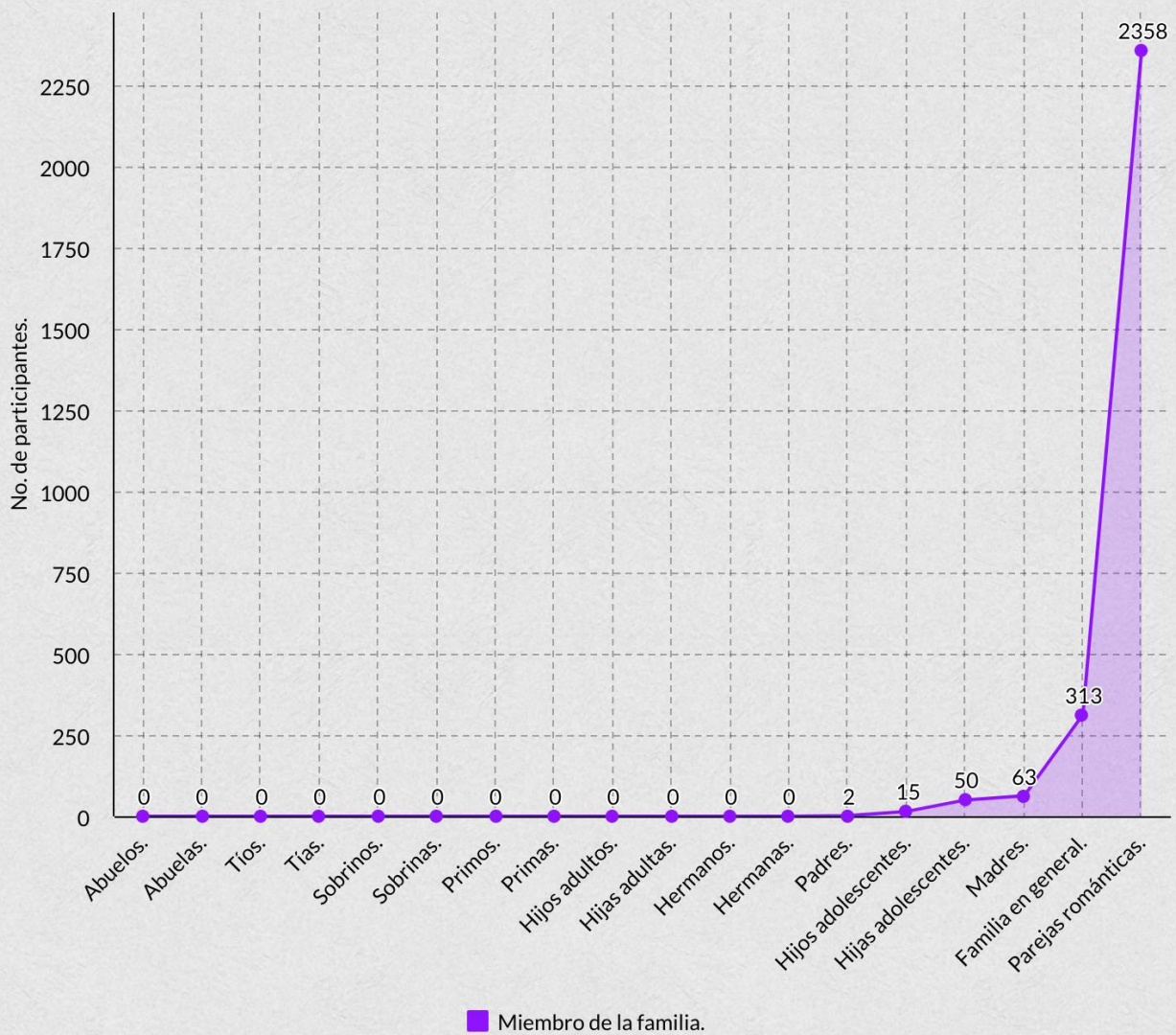
Se identificaron un total de 2358 parejas románticas en trece estudios<sup>21,22,27,28,30,37,40-42,44-47</sup>, a padres y madres e hijos (as) adolescentes, con dos padres y quince hijos adolescentes, y con 39 madres y 26 hijas adolescentes en un estudio<sup>31</sup>, a madres e hijos adolescentes, con 24 madres y 24 hijas adolescentes en un estudio<sup>43</sup>, y otros estudios con un total de muestra de 313 (familia en general) donde no se especificaron al miembro de la familia participante en sí<sup>21,29,45</sup>.

El estado de la relación de pareja solo se describió con especificidad en cuatro investigaciones<sup>30,37,44,47</sup>.





Gráfica 5.1. Enfoques de los estudios incluidos en la revisión sistemática. (Elaboración propia).



Gráfica 5.1.2. Miembro de la familia implicado (a) en la intervención de pérdida de peso con alimentación saludable y/o actividad física. (Elaboración propia).

### **Nivel de actividad física.**

La media del nivel de actividad física en las mujeres en un estudio fue de 17 minutos/semana durante los procedimientos de detección, sin especificarse los resultados a largo plazo<sup>45</sup>, un estudio describió los niveles de actividad física en las esposas durante y después de la intervención (76.1 a 95.0 min/semana), y en sus esposos (97.9 a 102.7 min/semana), observando un progreso menor en los hombres<sup>40</sup>, y un estudio especificó los niveles de actividad física solo durante la intervención, en las mujeres de (88.6 a 94.5 min/semana), y en los hombres de (96.1 a 122.1 min/semana)<sup>41</sup>, en el resto de los estudios no se especificaron los niveles de actividad física de los participantes.

### **Edad.**

El rango de edad en los adultos con sobrepeso/obesidad fue de 18 a 74 años<sup>21,22,27-31,37,40-47</sup>, y se incluyeron dos estudios con adolescentes como miembros apoyo de entre 11 a 17 años<sup>31,43</sup>.

### **IMC.**

En doce estudios se especificó el rango del índice de masa corporal, el cual fue de ( $\geq 25$  a  $74.21 \text{ kg/m}^2$ ), el IMC posterior a la pérdida de peso solo se identificó en cinco ensayos, con un rango de ( $25.9$  a  $33 \text{ kg/m}^2$ )<sup>22,28,29,31,47</sup>, el percentil de los adolescentes solo se especificó en un estudio, con una media de (96.30%)<sup>31</sup>, y en tres ensayos no se especificó el IMC<sup>41,43,44</sup>.

### **Metodología o diseño de la intervención.**

En diez de los dieciséis estudios analizados, se identificaron con especificidad a múltiples técnicas cognitivo-conductuales<sup>22,28,30,31,37,42,44,45,46,47</sup>, como herramienta de afrontamiento en el proceso de pérdida de peso en familia, y como base teórica en el diseño de la intervención.

### **Período de duración de la intervención.**

En dos estudios el período de duración de la intervención fue de dos años<sup>29,42</sup>, en un estudio fue de 18 meses<sup>47</sup>, en cuatro estudios fue de un año<sup>21,22,27,46</sup>, en un estudio fue de 10 meses<sup>40</sup>, en un estudio fue de seis semanas, en un estudio fue de dos meses<sup>44</sup>, en un estudio fue de diez semanas<sup>45</sup>, y no se especificó el tiempo de intervención en cinco estudios<sup>28,30,31,37,43</sup>.

### **Pérdidas: abandonos y retiradas.**

Solo se encontraron el número de participantes que (rechazó participar, no cumplieron con los criterios o no se pudieron volver a contactar) en tres estudios<sup>40-42</sup>, y en doce estudios esto no se especificó<sup>21,22,27-31,37,43-47</sup>.

### **Nivel educativo/nivel económico.**

El nivel educativo de graduado universitario o superior en todos los participantes se encontró en un estudio<sup>21</sup>, el nivel de graduado universitario o superior/escuela secundaria en un estudio<sup>28</sup>, y de empleados y desempleados en dos estudios<sup>21,28</sup>, el nivel de graduado universitario o superior/escuela secundaria/escuela primaria en ocho estudios<sup>22,27,29,31,41,42,43,45</sup>, este dato no se encontró en cinco ensayos<sup>30,37,40,44,47</sup>. El nivel económico con la cantidad de ingresos al mes se encontró en siete estudios, con un rango de (< \$ 40 a > \$ 100,000)<sup>22,29,31,41-43,45</sup>.

### **Antecedentes heredofamiliares/enfermedad asociada.**

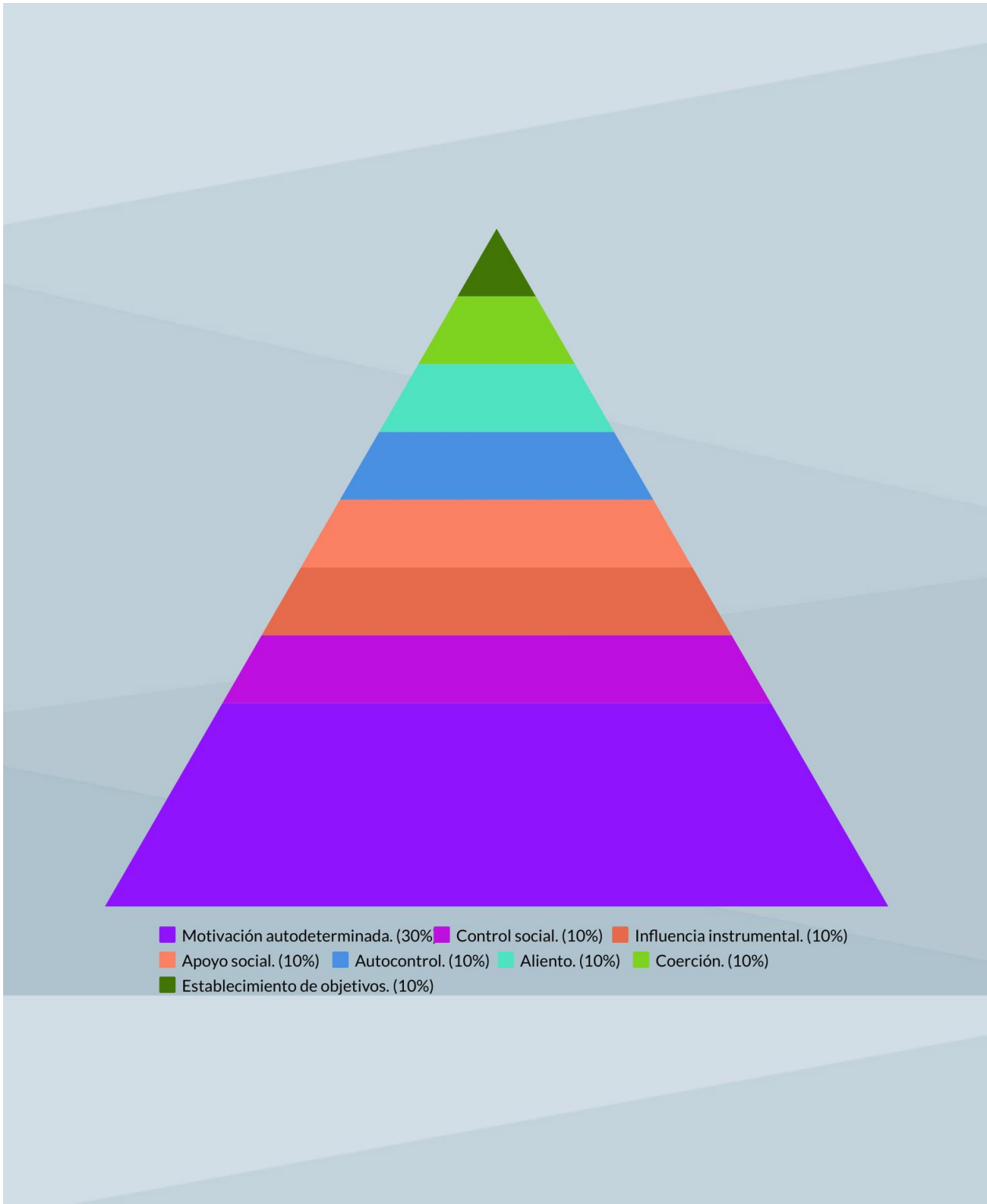
Entre las enfermedades que los participantes reconocieron en la historia familiar están (HTA, enfermedad cardiovascular, depresión, diabetes mellitus, trastornos musculoesqueléticos, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, y síndrome de ovario poliquístico), solo en tres ensayos clínicos<sup>21,22,29</sup>.

### **Frecuencia de asistencia a las sesiones.**

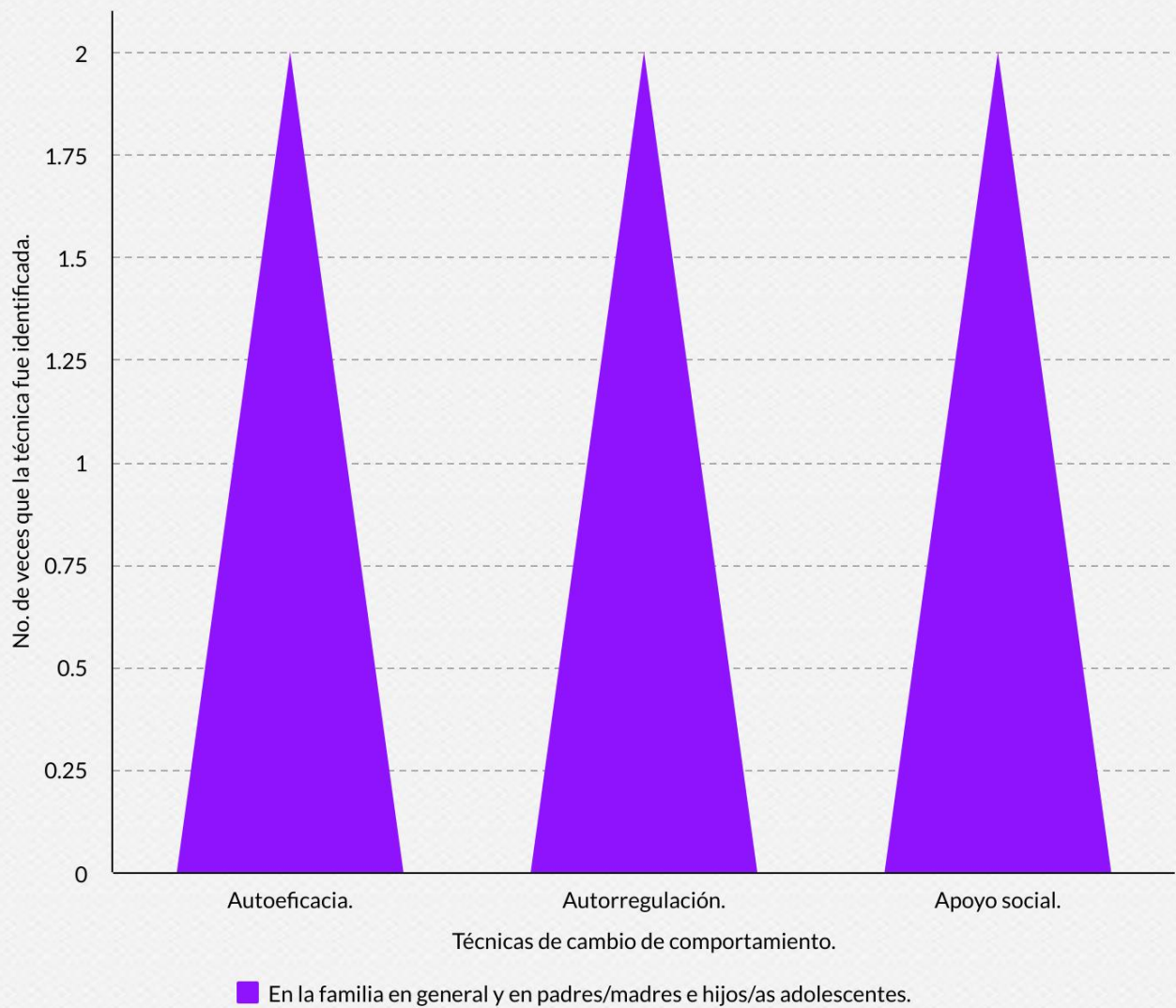
La frecuencia de asistencia a las sesiones fue de un 60 a 73%, y solo se describió en tres estudios<sup>22,31,41</sup>.

### **Miembro familiar implicado (a) y técnica de cambio de comportamiento asociada (Gráficas 5.1.3 y 5.1.4).**

En ocho estudios con parejas románticas las técnicas de cambio de comportamiento identificadas con mayor frecuencia fueron con un 30% la motivación autodeterminada, y con un 10% cada una (control social, influencia instrumental, apoyo social, autocontrol, aliento, coerción (la cual los participantes del grupo sincronizado identificaron como una táctica ineficaz)<sup>37</sup>, y establecimiento de objetivos)<sup>22,28,30,37,42,44,46,47</sup>. En la familia en general y en padres y madres e hijos (as) adolescentes, predominaron con igual frecuencia (la autoeficacia, la autorregulación, y el apoyo social), en dos ensayos clínicos<sup>31,45</sup>.



Gráfica 5.1.3. Técnicas de cambio de comportamiento en la intervención de pérdida de peso identificadas en parejas románticas. (Elaboración propia).



Gráfica 5.1.4. Técnicas de cambio de comportamiento identificadas en las intervenciones de pérdida de peso en familia. (Elaboración propia).

### **Intervención presencial o a la distancia.**

La modalidad presencial/virtual se identificó en seis ensayos<sup>21,22,31,37,42,43</sup>, la solo virtual en dos ensayos<sup>29,44</sup>, la solo presencial en cinco ensayos<sup>30,41,45,46,47</sup>, la presencial/telefónica en un ensayo<sup>28</sup>, y solo por teléfono en un ensayo<sup>40</sup>.

### **Compensación económica por participar en los estudios y/o en sus sesiones.**

En nueve investigaciones se concedió dinero a los participantes al inicio o al finalizar la intervención, además de otros tipos de regalos y premios que se detallan en la (Tabla 5.1.2.), el parámetro del dinero proporcionado fue de (\$ 0,50 a 191.80 €)<sup>22,30,37,40,42,43,44,45,47</sup>.

Los estudios incluidos en la revisión mostraron el siguiente nivel de heterogeneidad (Tau<sup>2</sup> = 2.41; Chi<sup>2</sup> = 267.05, df = 5 (P < 0.00001); I<sup>2</sup> = 98%).

<b>Ensayos clínicos aleatorizados. Título/DOI.</b>	<b>Escala o puntuación de Jadad.</b>	<b>No. Participantes. Género: Femenino (F). Masculino (M).</b>	<b>País origen del estudio, y miembro familiar con sobrepeso/obesidad (MFSO). MFO = Miembro Familiar Objetivo. MFA = Miembro Familiar Apoyo.</b>	<b>Implicación en: Actividad física (AF) - alimentación saludable (AS) – o en Ambas (A), miembro familiar apoyo, y nivel de actividad física (NAF) media (minutos/semana). Parejas románticas (F/M).</b>	<b>Edad. Femenino (F). Masculino (M). EME (edad media).</b>	<b>IMC. IMCp (IMC posterior a la pérdida de peso, al año). M (media).</b>
<b>1. The role of social support in weight loss maintenance: results from the MedWeight study<sup>21</sup>.</b> <a href="https://doi.org/10.1007/s10865-016-9717-y">https://doi.org/10.1007/s10865-016-9717-y</a>	≤2	<b>411</b> 289 mantenedores y 122 recuperadores.	Grecia. MFSO = NSE.	A. Parejas románticas = 220 Familia en general = 191	18 a 65 años.	> 25 kg/m <sup>2</sup>
<b>2. An Examination of How People Who Have Lost Weight Communicatively Negotiate Interpersonal Challenges to Weight Management<sup>28</sup>.</b> 10.1080/10410236.2016.1278497	≤2	<b>40</b> F = 21 M = 19	USA. MFSO = NSE.	AS. Parejas románticas.	20 a 60 años. EME = 37 años.	21.5 a 70 kg/m <sup>2</sup> (M = 37,8). IMCp = 16.3 a 45.8 kg/m <sup>2</sup> (M = 25.9).
<b>3. Long-term Weight Maintenance after Successful Weight Loss: Motivational Factors, Support, Difficulties, and Success Factors<sup>29</sup>.</b> <a href="https://doi.org/10.5993/AJHB.42.1.8">https://doi.org/10.5993/AJHB.42.1.8</a>	≤2	<b>158</b> F = 100 M = 58	Finlandia. MFSO = NSE.	A. Familia en general = 101	18 a 60 años. EME = 44.5 años.	29.2 a 64.8 kg / m <sup>2</sup> M = 35.9 kg / m <sup>2</sup>



						IMCp = 17.3-41.2 kg/m <sup>2</sup> M = 26.1 kg / m <sup>2</sup>
<b>4. Utility of Social Cognitive Theory in Intervention Design for Promoting Physical Activity among African-American Women: A Qualitative Study</b> <sup>45</sup> . <a href="https://doi.org/10.5993/AJHB.41.5.1">https://doi.org/10.5993/AJHB.41.5.1</a>	≤2	<b>F = 25</b>	USA. MFSO = NSE.	AF. Parejas románticas = 4 Familia en general = 21 NAF: 17 m/s (antes de la intervención)	24 a 49 años. EME = 38,5 años.	≥ 30 kg / m <sup>2</sup> M = 39,4 kg / m <sup>2</sup>
<b>5. Measuring social support for healthy eating and physical activity in obesity</b> <sup>27</sup> . <a href="https://doi.org/10.1111/bjhp.12336">https://doi.org/10.1111/bjhp.12336</a>	≤2	<b>F = 201</b>	USA. MFSO = NSE.	A. AF/AS = 3/1 Parejas románticas = 114	≥ 18 años. EME = 46 a 47 años.	≥ 30 kg / m <sup>2</sup> M = 37 kg / m <sup>2</sup>
<b>6. Integrating strategies from three predominant theories regarding romantic partner support of weight loss</b> <sup>30</sup> . <a href="https://doi.org/10.1177/0265407518810528">https://doi.org/10.1177/0265407518810528</a>	≤2	<b>Estudio 1: 200</b> F = 96 M = 104 <b>Estudio 2: 298</b> F = 189 M = 109	USA. MFSO = NSE.	A. Parejas románticas.	Estudio 1: 18 a 72 años. EME = 35.63 años. Estudio 2: 19 a 73 años. EME = 35.57 años.	25.06 a 56.69 kg / m <sup>2</sup> M = 32.19 kg / m <sup>2</sup>
<b>7. Secondary benefits of the families improving together (FIT) for weight loss trial on cognitive and social factors in African American adolescents</b> <sup>31</sup> . <a href="https://doi.org/10.1186/s12966-019-0806-5">10.1186/s12966-019-0806-5</a>	≤2	<b>82</b> <b>Padres y madres = 41</b> F = 39 M = 2	USA. MFSO = MFO y MFA.	A. Padres y madres e hijos (as) adolescentes.	Padres y madres: EME = 43.59 años.	Padres y madres: M = 37 .10 kg / m <sup>2</sup>

		<b>Adolescentes = 41</b> F = 26 M = 15			Adolescentes: 11 a 16 años. EME = 12.78 años.	Adolescentes: Percentil de IMC = 96.30%
<b>8. A randomized controlled trial of a theory-based weight-loss program for couples<sup>46</sup>.</b> <a href="https://doi.org/10.1037/hea0000808">https://doi.org/10.1037/hea0000808</a>	NV.	<b>74</b> F = 37 M = 37	USA. MFSO = NV.	Parejas románticas.	NV.	NV.
<b>9. Together Eating &amp; Activity Matters (TEAM): results of a pilot randomized-clinical trial of a spousal support weight loss intervention for Black men<sup>22</sup>.</b> <a href="https://doi.org/10.1002/osp4.142">https://doi.org/10.1002/osp4.142</a>	≤2	<b>40</b> F = 20 M = 20	USA. MFSO = NSE.	A. Parejas románticas.	18 a 65 años. EME = 47 años.	25 a 45 kg / m <sup>2</sup> M = 35 kg / m <sup>2</sup> IMCp = 33 kg / m <sup>2</sup>
<b>10. Strategies in Context: How Perceptions of Romantic Partner Support for Weight Loss Vary by the Relational Context<sup>37</sup>.</b> <a href="https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1461584">sci-hub.tw/10.1080/10410236.2018.1461584</a>	≤2	<b>389</b> F = 212 M = 177	USA. MFSO = NSE.	A. Parejas románticas.	19 a 74 años.	25.01 a 74.21 kg / m <sup>2</sup> M = 33.09 kg / m <sup>2</sup>
<b>11. The Role of Partner Autonomy Support in Motivation, Well-Being, and Weight Loss Among Women with Higher Baseline BMI<sup>47</sup>.</b> <a href="https://doi.org/10.1037/fsh0000362">10.1037/fsh0000362</a>	≤2	<b>Estudio 1:</b> <b>156</b> F = 78 M = 78 <b>Estudio 2:</b> F = 61	USA. MFSO = MFO y MFA.	A. Parejas románticas.	<b>Estudio 1:</b> F = 43.74 años. M = 44.25 años. <b>Estudio 2:</b> 15-70 años.	<b>Estudio 1:</b> F = 26.64 kg/m <sup>2</sup> <b>Estudio 2:</b> 25 -70 kg/m <sup>2</sup> M = 34.13 kg/m <sup>2</sup> IMCp = 31.22 kg/m <sup>2</sup>
<b>12. Heart disease risk information, encouragement, and physical activity among Mexican-origin couples: Self- or spouse-driven change?<sup>40</sup></b> <a href="https://doi.org/10.1093/tbm/ibx012">10.1093/tbm/ibx012</a>	4	<b>301</b> F = 156 M = 145	USA. MFSO = MFO y MFA.	AF. Parejas románticas. NAF:	F = 47 años. M = 49 años.	F = 55.5 kg/m <sup>2</sup> M = 42.9 kg/m <sup>2</sup>

				F = Durante (76.1) Después (95.0) M = Durante (97.9) Después (102.7)		
<b>13. Walking for our health: couple-focused interventions to promote physical activity in older adults<sup>41</sup>.</b> <a href="http://dx.doi.org/10.1080/14635240.2018.1522266">http://dx.doi.org/10.1080/14635240.2018.1522266</a>	≥3	<b>62</b> F-M = 17 (Pareja combinada). F-M = 14 (Individuo concurrente).	USA. MFSO = NSE.	AF. Parejas románticas. NAF: durante la intervención. F = 59.9 (94.5) M = 78.2 (96.1) F = 79.2 (88.6) M = 89.9 (122.1)	F = 61-65 años. M = 64-68 años.	NSE.
<b>14. Effects of Dyadic Planning on Physical Activity in Couples: A Randomized Controlled Trial<sup>42</sup>.</b> <a href="http://dx.doi.org/10.1037/hea0000423">10.1037/hea0000423</a>	≥3	<b>338</b> F = 169 M = 169	Alemania. MFSO = MFO y MFA.	AF. Parejas románticas.	36 a 38 años.	24.80 a 25.94 kg/m <sup>2</sup>
<b>15. Preferred intervention strategies to improve dietary and physical activity behaviors among African-American mothers and daughters<sup>43</sup>.</b> <a href="http://dx.doi.org/10.1111/phn.12339">10.1111/phn.12339</a>	≤2	<b>48</b> Madres = 24 Hijas adolescentes = 24	USA. MFSO = MFO y MFA.	A. Madres e hijas adolescentes.	Hijas 14 a 17 años. EME = 15 años. Madres 30 a 60 años. EME = 30 a 40 años.	No. Hijas/madres: Normopeso = 46 Sobrepeso = 17 Obesidad = 38
<b>16. Partner Facilitation and Partner Interference in Individuals' Weight Loss Goals<sup>44</sup>.</b> <a href="https://doi.org/10.1177/1049732315583980">https://doi.org/10.1177/1049732315583980</a>	≤2	<b>122</b> F = 83 M = 39	USA. MFSO = NSE.	A. Parejas románticas.	19 a 65 años. EME = 31 años.	NSE.

<b>*Efectos de conductas proactivas y prosociales en incidentes críticos de escolares limeños<sup>33</sup>.</b>	$\leq 2$	
<b>*Mediators of Physical Activity Adherence: Results from an Action Control Intervention in Couples<sup>20</sup>.</b>	$\geq 3$	
<b>*Rationale and study protocol for Unidas por la Vida (United for Life): A dyadic weight-loss intervention for high-risk Latina mothers and their adult daughters<sup>23</sup>.</b>	$\geq 3$	
<p>NSE = No se especifica.  NV = No valorable.  *Estudios incluidos solo en la introducción.</p>		

Tabla 5.1. Características demográficas y antropométricas de los participantes. (Elaboración propia).

Ensayos clínicos aleatorizados. Título/Metodología o diseño de la intervención/ DOI.	Período de duración de la intervención.	Pérdidas: abandonos y retiradas.	Nivel educativo/nivel económico (ingresos al mes).	Antecedentes heredofamiliares/enfermedad asociada.	Frecuencia de asistencia a las sesiones.	Miembro familiar implicado (a) y técnica de cambio de comportamiento asociada.	Intervención presencial o a la distancia.	Compensación económica por participar en los estudios y/o en sus sesiones.
<p><b>1. The role of social support in weight loss maintenance: results from the MedWeight study.</b></p> <p>El Estudio de Peso Mediano comprendió un registro de personas que lograron mantener el peso objetivo o saludable para sus respectivas complexiones físicas (mantenedores), y personas que perdieron peso, pero recuperaron la pérdida (recuperadores). Los voluntarios que cumplieron con los criterios de inclusión usaron el sitio web MedWeight, y se pidió a los voluntarios que indicaran los métodos, y el método principal que emplearon para perder peso. Además, indicaron los motivos y el motivo principal, de lo que los impulsó a aumentar de peso, escogiendo de un listado con categorías opcionales<sup>21</sup>.</p>	1 año.	NSE.	Graduado universitario o superior = 411 Empleo: 150 mantenedores y 76 recuperadores.	HTA. Hiperlipidemia. Depresión. Síndrome de ovario poliquístico.	NSE.	NSE.	Dos retiros dietéticos telefónicos y virtual.	NSE.

<p><a href="https://doi.org/10.1007/s10865-016-9717-y">https://doi.org/10.1007/s10865-016-9717-y</a></p> <p><b>2. An Examination of How People Who Have Lost Weight Communicatively Negotiate Interpersonal Challenges to Weight Management.</b></p> <p>Este estudio se compuso de una variedad de preguntas abiertas sobre las experiencias de los participantes al perder y mantener el peso, su comunicación con otros sobre su pérdida de peso, sus interacciones durante y después de la pérdida de peso, así como sus percepciones de cualquier desafío a perder y mantener la pérdida de peso. Las entrevistas fueron grabadas en audio, y transcritas textualmente para su análisis. Luego, hubo una participación individual, con centralización particularmente en cómo los participantes negociaron comunicativamente frente a la amenaza, a los desafíos interpersonales, y a las percepciones del estigma<sup>28</sup>.</p> <p>10.1080/10410236.2016.1278497</p>	NSE.	NSE.	Graduado universitario o superior = 26 Escuela secundaria = 14 Empleados = 33 Desempleados = 7	NSE.	NSE.	<b>Parejas románticas.</b> Conducta proactiva.	Entre vistas cara a cara, y por teléfono.	NSE.
<p><b>3. Long-term Weight Maintenance after Successful Weight Loss:</b></p>	2 años.	NSE.	Escuela secundaria/ Graduado	Enfermedad cardiovascular.	NSE.	NSE.	Formularios	NSE.

<p><b>Motivational Factors, Support, Difficulties, and Success Factors.</b>  Este estudio se basó en un cuestionario realizado vía web, el cual los participantes completaron después del registro. El cuestionario incluía preguntas sobre el estado sociodemográfico, la salud en general, el historial de peso, el historial de intentos y métodos de pérdida de peso, así como los cambios en la dieta, la motivación, hábitos alimenticios y de actividad física, compuesto por preguntas estructuradas, preguntas de opción múltiple y de texto libre<sup>29</sup>.  <a href="https://doi.org/10.5993/AJHB.42.1.8">https://doi.org/10.5993/AJHB.42.1.8</a></p>			universitario o superior = 60 Escuela primaria = 98 2,000 – 5,000 €	Depresión. Diabetes Mellitus. Trastornos musculoesqueléticos.			electrónicos.	
<p><b>4. Utility of Social Cognitive Theory in Intervention Design for Promoting Physical Activity among African-American Women: A Qualitative Study.</b>  En este estudio fueron diseñados 3 grupos focales para enfocarse en construcciones específicas de la teoría cognitivo - social (SCT). Además, fueron diseñadas guías de grupos focales para: a) examinar construcciones SCT específicas, y b) dilucidar cómo se pueden optimizar estos constructos en el diseño de un</p>	6 semanas.	NSE.	Graduado universitario o superior = 19 Escuela primaria/secundaria = 6 Empleo = 25 < \$ 50,000 > \$ 100,000	NSE.	NSE.	<b>Parejas románticas.</b> <b>Familia en general.</b> Capacidad de comportamiento. Expectativas de resultados. Autoeficacia. Autorregulación. Apoyo social.	Prese ncial.	\$ 20 a 60

<p>programa de actividad física culturalmente relevante para mujeres afroamericanas<sup>45</sup>.  <a href="https://doi.org/10.5993/AJHB.41.5.1">https://doi.org/10.5993/AJHB.41.5.1</a></p>								
<p><b>5. Measuring social support for healthy eating and physical activity in obesity.</b>          Los participantes en este estudio participaron en un ensayo controlado aleatorio de dos brazos que investigó la efectividad de un programa de pérdida de peso cognitivo conductual grupal (TCC) de 1 año, ya sea solo (TCC-A) o con la adición de una persona de apoyo (TCC- SP), capacitado para brindar apoyo en el control de peso a las personas con obesidad<sup>27</sup>.  <a href="https://doi.org/10.1111/bjhp.12336">https://doi.org/10.1111/bjhp.12336</a></p>	1 año.	NSE.	Graduado universitario o superior = 130 Escuela primaria/secundaria = 70	NSE.	NSE.	NSE.	Prese ncial.	NSE.
<p><b>6. Integrating strategies from three predominant theories regarding romantic partner support of weight loss.</b>          En este ensayo se les pidió a los participantes que pensarán con qué frecuencia sus socios usaron cada una de las estrategias de pareja (presentadas a los participantes con antelación) en los últimos 30 días, identificando a estos tipos de estrategias a través de escalas<sup>30</sup>.</p>	NSE.	NSE.	NSE.	NSE.	NSE.	<b>Parejas románticas.</b> Autodeterminación, control social, confirmación, estímulo (garantías, comprensión, elogios), influencia instrumental (solicitudes, recordatorios, modelado), coerción (retiro de afecto,	Prese ncial.	\$ 0,50 (en el reclutamiento).



<p><a href="https://doi.org/10.1177/0265407518810528">https://doi.org/10.1177/0265407518810528</a></p>					<p>juicio), directiva de apoyo, aceptación, soporte de autonomía, control positivo, control negativo, desafío, progreso del objetivo, motivación autónoma, emociones positivas, y emociones negativas.</p>		
<p><b>7. Secondary benefits of the families improving together (FIT) for weight loss trial on cognitive and social factors in African American adolescents.</b>  Las familias participantes en este estudio recibieron un plan de estudios con actividades prácticas que se corresponden con las guías del facilitador. Los temas cubiertos durante el programa incluyeron: estrategias de autocontrol, comunicación positiva, establecimiento efectivo de metas, equilibrio energético-nutricional, apoyo social, reducción del tiempo de detección, y el abordaje de las barreras frente a la práctica de la actividad física. Las sesiones fueron grabadas en</p>	<p>NSE.</p>	<p>NSE.</p>	<p>Graduado universitario o superior = 11  Escuela secundaria = 6  Escuela primaria = 65  &lt; \$ 40 - ≥ 220</p>	<p>NSE.</p>	<p>El 60% de las familias asistieron durante la última semana del programa.</p> <p><b>Padres y madres e hijos (as) adolescentes.</b>  Autocontrol, comunicación positiva, establecimiento efectivo de metas, equilibrio energético-nutricional, apoyo social, reducción del tiempo de detección, abordando las barreras para la actividad física, diálogo interno positivo,</p>	<p>Presencial y virtual.</p>	<p>NSE.</p>

<p>audio, transcritas y codificadas por pares independientes de evaluadores, utilizando enfoques inductivos y deductivos<sup>31</sup>. 10.1186/s12966-019-0806-5</p>						<p>autoeficacia, autorregulación, establecer objetivos a largo plazo, prevención de recaídas, estrategias de monitoreo para diferentes tipos de comportamientos relacionados con el peso, monitoreo parental, establecimiento de límites, autonomía, adaptación cultural.</p>		
<p><b>8. A randomized controlled trial of a theory-based weight-loss program for couples.</b> Este ensayo probó una intervención de pérdida de peso informada por la Teoría de la autodeterminación (SDT), destinada a facilitar el apoyo de autonomía en parejas. Sesenta y cuatro parejas fueron asignadas al azar a la pérdida de peso conductual estándar (BWL) a la que las parejas asistieron juntas o a una intervención de pérdida de peso informada por SDT (SDT-WL) que tenía como objetivo reforzar el apoyo a la autonomía (AS). Los grupos</p>	1 año.	NV.	NV.	NV.	NV.	<p><b>Parejas románticas.</b> Motivación autodeterminada.</p>	Prese ncial.	NV.

se reunieron semanalmente durante 6 meses con evaluaciones a los 0, 3, 6 y 12 meses <sup>46</sup> . <a href="https://doi.org/10.1037/hea0000808">https://doi.org/10.1037/hea0000808</a>								
<b>9. Together Eating &amp; Activity Matters (TEAM): results of a pilot randomized-clinical trial of a spousal support weight loss intervention for Black men.</b> Mediante este ensayo, dos grupos (Tratamiento estándar y tratamiento mejorado), recibieron siete sesiones grupales presenciales durante 12 semanas, cada una de 60 minutos (cuatro sesiones semanales en las primeras 4 semanas, dos sesiones quincenales en las segundas 4 semanas y una sesión durante las últimas 4 semanas). Los participantes discutieron las barreras y los facilitadores para alcanzar las metas semanales de pérdida de peso. Al inicio, todos los participantes recibieron un plan de ejercicio físico basado en sus minutos de actividad física, un recetario basado en el peso al inicio, (las recetas fueron diseñadas para ayudar a los participantes a perder 1 a 2 lb por semana). Cada semana, se evaluó el progreso en las metas individuales, y el	1 año.	NSE.	Graduado universitario o superior = 29 Escuela primaria/secundaria = 11 < \$ 60,000 - ≥ \$ 60,000	HTA. Diabetes mellitus. Hipertrigliceridemia. Hipercolesterolemia.	63-73%	<b>Parejas románticas.</b> Autocontrol, rechazo, recompensa, y establecimiento de objetivos.	Presencial y virtual.	\$ 40, y dos sesiones de entrenamiento físico personal gratuitas en un gimnasio local.

<p>facilitador del grupo proporcionó comentarios en sesiones grupales y por correo electrónico<sup>22</sup>.  <a href="https://doi.org/10.1002/osp4.142">https://doi.org/10.1002/osp4.142</a></p>								
<p><b>10. Strategies in Context: How Perceptions of Romantic Partner Support for Weight Loss Vary by the Relational Context.</b>          En este ensayo clínico se utilizó una medida de 14 ítems de estrategias de socios validadas en investigaciones anteriores (Dailey, 2017). Los ítems fueron calificados dos veces por los participantes, con respecto a la frecuencia con la que su compañero usó las estrategias en los últimos 30 días (1 = nunca, 7 = muy a menudo), y una vez en relación a la efectividad de las estrategias cuando la pareja romántica usó la estrategia (1 = nada efectivo, 7 = muy efectivo). Se midieron tres tipos de estrategias de pareja: 1) influencia instrumental, 2) estímulo, y 3) coerción<sup>37</sup>.  <a href="https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1461584">sci-hub.tw/10.1080/10410236.2018.1461584</a></p>	NSE.	NSE.	NSE.	NSE.	NSE.	<b>Parejas románticas.</b> Aliento, influencia instrumental y coerción.	Prese ncial y virtual .	\$ 50
<p><b>11. The Role of Partner Autonomy Support in Motivation, Well-Being,</b></p>	18 meses.	NSE.	NSE.	NSE.	NSE.	<b>Parejas románticas.</b> Escucha activa, evitar las críticas y el	Prese ncial.	Proporcionaron a los participantes

<p><b>and Weight Loss Among Women with Higher Baseline BMI.</b></p> <p>En este ensayo se presentan dos estudios que capturan dos perspectivas complementarias de apoyo a la autonomía; la perspectiva de los hombres que brindan apoyo a sus parejas (Estudio 1), y la perspectiva de las mujeres que reciben apoyo (Estudio 2). Los datos para el estudio 1 se obtuvieron de una encuesta comunitaria (Montreal, Quebec). Para explorar más a fondo el patrón de hallazgos del estudio 1, el estudio 2 hizo uso de una intervención de pérdida de peso longitudinal dirigida a socios de la comunidad y su entorno familiar. Se examinó la asociación entre el apoyo a la autonomía percibida, y la pérdida de peso durante 18 meses<sup>47</sup>. 10.1037/fsh0000362</p>						<p>control, regulación autodeterminada de las conductas alimentarias, autocontrol, fijación de objetivos, resolución de problemas, estrategias de mantenimiento de pérdida de peso, apoyo a la autonomía y motivación autodeterminada.</p>	<p>recursos que incluyen: equipos de ejercicio físico, comida digital, básculas de peso corporal, espejos, libros de cocina con alimentos y recetas bajas en calorías, y suscripciones a revistas de ejercicios físicos.</p>
<p><b>12. Heart disease risk information, encouragement, and physical activity among Mexican-origin couples: Self-or spouse-driven change?</b></p> <p>En este ensayo con la finalidad de conocer la percepción respecto al riesgo de salud conyugal, participaron un total de 162 hogares</p>	<p>10 meses.</p>	<p>Rechazó participar = 185 No cumple con los criterios = 907</p>	<p>NSE.</p>	<p>NSE.</p>	<p>NSE.</p>	<p>NSE.</p>	<p>Entre vista telefónica. \$ 20 por cada uno de los 2 seguimientos.</p>

<p>multigeneracionales, los datos de referencia se recopilaron durante las entrevistas en el hogar con entrevistadores bilingües utilizando tabletas. Cada participante proporcionó de forma independiente su historial de salud familiar con respecto a familiares de primer y segundo grado, así como su estado de enfermedad personal para cuatro enfermedades: enfermedad cardíaca, diabetes, cáncer de colon y cáncer de mama. Las preguntas utilizadas incluyeron el tipo de parentesco de los familiares, los diagnósticos de enfermedades con la opción de "no saber" las respuestas, y la edad del diagnóstico<sup>40</sup>. 10.1093/tbm/ibx012</p>								
<p><b>13. Walking for our health: couple-focused interventions to promote physical activity in older adults.</b> Este ensayo contó con un diseño centrado en la pareja romántica, donde cada pareja estableció objetivos de conteo de pasos diarios y monitorización de su propio progreso. En el grupo combinado de establecimiento de objetivos de pareja, cada pareja grabó sus pasos diarios que luego se sumaron para formar un</p>	10 semanas.	Rechazó participar = 19 No cumple con los criterios = 10 No se puede volver a contactar = 16	Graduado universitario o superior = 21 Escuela secundaria = 35 Escuela primaria = 6 \$ 60,000 - ≥ \$ 80,000	NSE.	Las tasas de asistencia fueron altas en todas las sesiones.	NSE.	Presencial.	NSE.

<p>objetivo de paso diario compartido, luego el progreso fue monitoreado conjuntamente. Dentro de los temas incluidos estaban: beneficios de caminar, pautas nacionales de actividad física, seguridad al caminar, podómetros y pasos de seguimiento, establecimiento de objetivos, y consejos para evitar contratiempos. Cada participante recibió un podómetro para autocontrolar el conteo diario de pasos durante las próximas ocho semanas. Los participantes recibieron una llamada telefónica semanal del personal de investigación capacitado para informar sobre los pasos diarios, y para facilitar el establecimiento de objetivos para la semana próxima<sup>41</sup>.  <a href="http://dx.doi.org/10.1080/14635240.2018.1522266">http://dx.doi.org/10.1080/14635240.2018.1522266</a></p>								
<p><b>14. Effects of Dyadic Planning on Physical Activity in Couples: A Randomized Controlled Trial.</b>  En este ensayo un período de acelerometría basal de una semana precedió a la sesión de intervención principal. En la primera sesión, después de un tratamiento de motivación general, los participantes fueron</p>	2 años.	Rechazó participar = 58 No cumple con los criterios = 22	Graduado universitario o superior = 142 Escuela secundaria = 37 Escuela primaria = 159 €750 - €2,000	NSE.	NSE.	<b>Parejas románticas.</b> Control social y apoyo, condición de planificación diádica, condición de planificación individual, condición de control.	Presencial y virtual .	191.80 € por la participación completa, es decir hasta la tercera sesión.

<p>asignados aleatoriamente para ser personas o parejas objetivo. En un segundo paso, las parejas fueron asignadas aleatoriamente a una de las tres condiciones: condición de planificación diádica (DPC), condición de planificación individual (IPC), o condición de control (CC). Se realizaron dos períodos de seguimiento de acelerometría de una semana a las 1 semanas, y a las 6 semanas. Los autoinformes se evaluaron al comienzo de cada período de acelerometría. Los autoinformes T0 y T3, y la sesión de intervenciones T1 se realizaron en un laboratorio. En T2, a las parejas se les enviaron cuestionarios por correo electrónico<sup>42</sup>. 10.1037/hea0000423</p>								
<p><b>15. Preferred intervention strategies to improve dietary and physical activity behaviors among African-American mothers and daughters.</b> El propósito de este estudio fue identificar estrategias prácticas, culturales y apropiadas para la edad, y su uso con intervenciones para mejorar los comportamientos dietéticos y de actividad física en las hijas adolescentes afroamericanas y sus</p>	NSE.	NSE.	<p>Graduado universitario o superior = 21 Escuela secundaria = 75 Escuela primaria = 4 Empleadas = 21 Desempleadas = 3 &lt;\$19,000 - &gt;\$50,000</p>	NSE.	NSE.	NSE.	Presencial y virtual	Se brindaron bocadillos a todos los grupos focales, se entregó una tarjeta de regalo de \$ 30 a cada participante luego de la recolección final de datos, y



<p>madres. Todos los grupos focales madres/hijas, fueron grabados en audio y transcritos por un servicio de transcripción establecido. Tanto en los grupos focales de hijas como de madres, el facilitador distribuyó una lista de cuatro formatos de entrega para una intervención dietética y de actividad física, y 16 estrategias de intervención dietética. Se preguntó a las participantes si les gustó cada formato y estrategia, para identificar estrategias adicionales y ordenarlas según sus preferencias<sup>43</sup>. 10.1111/phn.12339</p>								fundas de teléfono.
<p><b>16. Partner Facilitation and Partner Interference in Individuals' Weight Loss Goals.</b> En este estudio los participantes completaron encuestas en línea cada dos semanas durante un período de 8 semanas para proporcionar cuatro oleadas de datos sobre sus objetivos de pérdida de peso y la influencia de sus parejas en esos objetivos. Los investigadores enviaron un correo electrónico a cada participante cuando llegó el momento de completar la próxima ola del estudio. Los participantes recibieron instrucciones</p>	2 meses.	NSE.	NSE.	NSE.	NSE.	<b>Parejas románticas.</b> Modelo de turbulencia relacional, motivación y aliento, apoyo emocional, y refuerzo positivo.	Virtua l.	Los participantes recibieron una tarjeta de regalo de \$ 10 a Amazon.com por cada encuesta que completaron, y una tarjeta de regalo de \$ 10 si completaban las cuatro etapas del estudio.

<p>para completar los cuestionarios aproximadamente a la misma hora cada 2 semanas, para asegurarse de que haya pasado suficiente tiempo para capturar los cambios en la pérdida de peso, y las características de la relación de pareja. Los participantes respondieron a dos preguntas abiertas, diseñadas para evaluar la facilitación de la pareja y la interferencia de la pareja en sus objetivos de pérdida de peso<sup>44</sup>.  <a href="https://doi.org/10.1177/1049732315583980">https://doi.org/10.1177/1049732315583980</a></p>								
<p><b>NSE</b> = No se especifica.  <b>NV</b> = No valorable.</p>								

Tabla 5.1.2. Características demográficas de los participantes, y características de los estudios. (Elaboración propia).

## **5.1. CONSIDERACIONES RELEVANTES DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS.**

Los factores motivacionales, la necesidad de apoyo, y las dificultades que influyen en la pérdida de peso, varían mucho de una persona a otra. Además, las diferencias de sexo deben considerarse en el mantenimiento del peso perdido<sup>29</sup>.

Utilizar la teoría cognitivo - social (SCT), como la base teórica para los programas de promoción de actividad física, ha demostrado buenos resultados con relación a un enfoque direccionado a conseguir la adherencia<sup>45</sup>.

En lo referente al apoyo percibido en la intervención de pérdida de peso, aún se necesita que sea desarrollada una medida de apoyo social psicométricamente sólida, para los comportamientos relacionados con el peso entre adultos con sobrepeso/obesidad que se puede utilizar para avanzar en el conocimiento, incluido el desarrollo de intervenciones clínicas personalizadas para aprovechar el apoyo social efectivo, en la difícil tarea del control de peso<sup>27</sup>.

La integración de las estrategias de pareja probablemente proporcionará una mejor comprensión del apoyo de la pareja romántica a la pérdida de peso, de la que se pueden extraer aplicaciones teóricas y prácticas más fuertes. Cada una parece desempeñar un papel importante en la comprensión de cómo los comportamientos de pareja romántica facilitan la pérdida de peso<sup>30</sup>.

El riesgo de salud conyugal puede ser una fuente más importante de motivación para aumentar los niveles de actividad física, que la información de riesgo personal de un individuo. Dentro de muchos sistemas familiares, los cónyuges funcionan como fuentes importantes de apoyo e influencia para realizar cambios en el comportamiento de la salud<sup>40</sup>.

Se necesita más investigación para identificar a los tipos de parejas que probablemente se beneficiarán más de un enfoque altamente colaborativo para el cambio de comportamiento con su pareja, frente a aquellos que probablemente se beneficiarán más de un enfoque individualizado que esté sincronizado con su pareja<sup>41</sup>.

Existe una diversidad de formas en que una pareja romántica puede facilitar o interferir con los objetivos de pérdida de peso de la otra persona, lo que puede tener implicaciones para la salud de las personas y la calidad de sus relaciones. En la medida que las parejas

faciliten la pérdida de peso, es probable que las personas con sobrepeso/obesidad sean más saludables y tengan sentimientos más positivos hacia su pareja. Tener una pareja que interfiera con la pérdida de peso, puede hacer que las personas con sobrepeso/obesidad estén menos saludables y más resentidas con su pareja<sup>44</sup>.

Es muy importante identificar el modo de implicación apropiado, pues con relación a los resultados obtenidos en esta revisión sistemática, parece ser que aquellos casos en los que los miembros apoyo hacen implicaciones de manera activa<sup>21</sup>, directa o real, suelen ser efectivas respecto a la pérdida de peso y su correlativo mantenimiento, en consonancia con el tipo de apoyo que se da a los miembros objetivos.

Como factores positivos identificados en la implicación del apoyo en la pérdida de peso en familia se pueden resaltar; la gran importancia de comer juntos, compartir las decisiones<sup>37</sup>, la comunicación positiva y fluida<sup>28,31</sup>, la escucha reflexiva, conversar y negociar acerca de alimentos y recetas de agrado recíproco, identificar y seleccionar la sustitución de antiguos ingredientes, alimentos y recetas por opciones más saludables. En esta misma dirección, tratar de gestar una complicidad empática, creando un ambiente agradable donde se respeten los gustos y decisiones de cada quien<sup>42</sup>, con flexibilidad, pero enfocados siempre desde la supervisión de los profesionales de la salud, con el fin de mantener un trayecto con rigor científico, así como expresar el orgullo que se siente al observar el progreso<sup>44</sup>, y el esfuerzo realizado del miembro de la familia al cual se está apoyando en la intervención de pérdida de peso.

Por lo concerniente a la actividad física, podría ser provechoso adoptar horarios colectivos y convenientes para practicar actividad física en familia, elegir actividades físicas, ejercicios físicos y/o deportes con los cuales todos se sientan bien, en el caso de los padres y las madres, distribuir el tiempo de manera que haya tiempo de calidad entre la práctica de actividad física, la relación de pareja, trabajo, vida social, y el cuidado de los niños (as), y el hogar. Además, incentivarse mutuamente de manera tangible<sup>44</sup>, por ejemplo, regalarse membresías al gimnasio, equipo de entrenamiento físico, y/o clases colectivas de entrenamiento físico.

## 6. DISCUSIÓN.

### **Identificación de factores (Gráfica 6.1).**

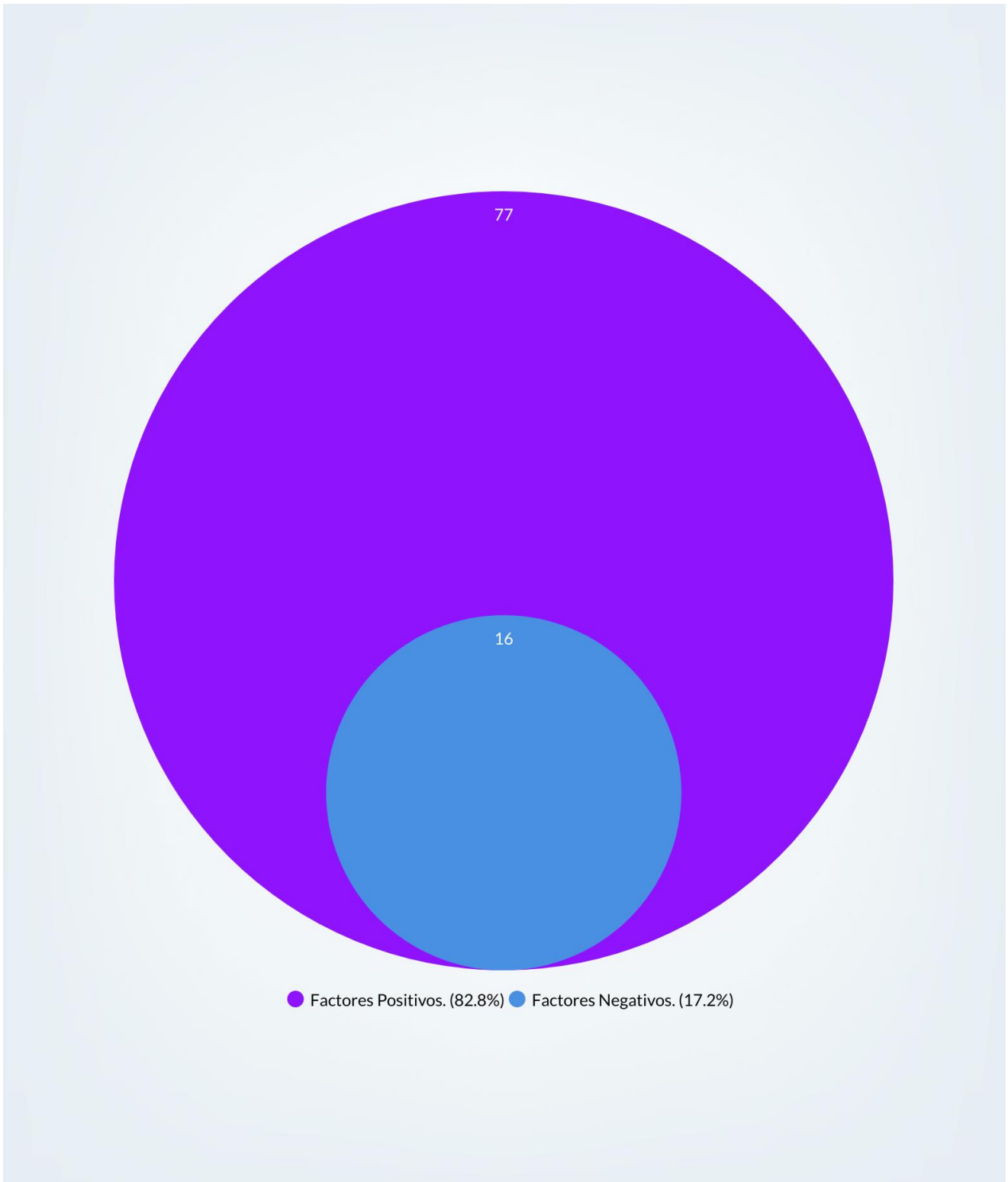
En la actual revisión sistemática se identifican 77 factores positivos frente a 16 factores negativos que podrían condicionar la efectividad de la intervención de pérdida de peso con alimentación saludable más actividad física en familia, para el mantenimiento de un peso saludable. Este resultado coincide con uno de los estudios incluidos en esta revisión, donde se revelan casi el doble de factores de facilitación frente a los de interferencia por parte de la pareja romántica, con relación a los objetivos individuales de pérdida de peso del miembro familiar objetivo. Este hallazgo sugiere que, al menos en el caso de la pérdida de peso, las personas pueden tender a atribuir positivamente las acciones y comportamientos de su pareja en la relación, en lugar de asumir que una pareja tiene intenciones maliciosas<sup>44</sup>.

### **Determinación de las diferentes formas de participación o apoyo de las familias.**

La forma de apoyo familiar predominante en las investigaciones son las parejas románticas identificadas en trece estudios<sup>21,22,27,28,30,37,40-42,44-47</sup>, los padres y madres e hijos (as) adolescentes en un estudio<sup>31</sup>, madres e hijas adolescentes en un estudio<sup>43</sup>, y algunos estudios no especifican al miembro de la familia participante en sí<sup>21,29,45</sup> (por ejemplo decir si eran pareja romántica, madre o padre, hijo (a), primo (a) etc.), es necesario que se describa al miembro de familia apoyo u objetivo, para tratar de apropiar la intervención al contexto familiar. El apoyo en la alimentación saludable/actividad física se presenta en 10 estudios<sup>21,22,27,29,30,31,37,43,44,47</sup>, pero solo en uno de los estudios se valora de manera clara y objetiva el apoyo social percibido en cada una de estas modalidades<sup>27</sup>, para poder establecer con más precisión el grado de efectividad obtenido.

### **Identificación de las características de las intervenciones y su efectividad concerniente.**

En 10 de los 16 estudios analizados, se identifican con especificidad a múltiples técnicas cognitivo-conductuales<sup>22,28,30,31,37,42,44,45,46,47</sup>, como base teórica en el diseño de las intervenciones de pérdida de peso en familia, pero en estos no se especifica si las técnicas de cambio de comportamiento utilizadas están enfocadas atendiendo al miembro familiar que brinda su apoyo al miembro familiar objetivo.



Gráfica 6.1. Factores positivos frente a factores negativos que podrían condicionar la efectividad de la intervención de pérdida de peso con alimentación saludable más actividad física en familia, para el mantenimiento de un peso saludable. (Elaboración propia).

**Reconocimiento de los distintos comportamientos de los miembros de familia (Tabla y figura 6.1).**

Resulta útil un apoyo que sea tangible<sup>44</sup>, y con implicación activa<sup>21</sup>, y no que se limite a meras instrucciones o consejos desprovistos de información contrastada y/o supervisada, o en simples felicitaciones sin hacerse parte del plan de alimentación y/o del plan de actividad física, y evitar la actitud de sabotaje, en fin, el simple apoyo verbal, parece no proveer ninguna utilidad<sup>21,22,27-31,37,40-47</sup>.

Es de gran importancia, habilitar a estos pacientes en la autorregulación y en la prevención de recaídas<sup>31</sup>, en cuanto a adoptar de manera oportuna, conductas apropiadas en el justo momento de las posibles recaídas.

<p><b>Apoyo social</b><sup>21,31,37,43,45</sup>. <b>Participación activa</b> (asumir tareas, asistir a sesiones).</p>	<p><b>Sabotaje</b><sup>21,31,37,43,45</sup>. <b>Participación inactiva</b> (recordatorios verbales, indicaciones y ofertas, sin implicación ni cumplidos).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Me felicitó por mi dieta y hábitos alimentarios”.</li> <li>▪ "Comió alimentos saludables o bajos en grasa conmigo".</li> <li>▪ “Creo que una de las cosas que me gusta escuchar es que alguien me acompañará. Si digo que tal vez voy a caminar 2 millas por la mañana es bueno escuchar, "está bien, me levantaré contigo y me iré”.</li> <li>▪ "Como si hubiéramos estado haciendo muchas comidas saludables juntos ".</li> <li>▪ “Compra ingredientes bajos en grasa y sal cuando cocina. No trata de decirme qué hacer o cómo hacerlo ".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Me recordó que no hacer”.</li> <li>▪ “Me animaron a hacer algo”.</li> <li>▪ “Solo se ofreció a participar en actividades físicas conmigo”.</li> <li>▪ "Comió alimentos ricos en grasas o poco saludables frente a mí”.</li> <li>▪ “Él querrá que me una a él en la comida/bebida social de la que preferiría abstenerme en este momento. A menudo hace comentarios como, "trabajaste tan duro los últimos días que mereces un día para derrochar”.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "Hace la mayor parte de la compra de comestibles y la preparación de alimentos, se asegura de que siempre haya meriendas saludables en casa, y de que estén previamente medidas, como una porción de almendras o palitos de queso de una onza".</li> <li>▪ “Me está alentando en mis esfuerzos. Me felicita por el cambio en mi apariencia y por cumplir con mis objetivos de ejercicio ".</li> <li>▪ "Ella no me presiona, me motiva y quiere que lo haga mejor, y me alienta a tomar mejores decisiones sean cuales sean mis elecciones de comida".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Le dije que no me diera nada, cuando corrió a buscar algo para los niños. Consiguió un gran cono de helado para que lo partiéramos, y terminé comiéndolo, cuando decidí que no iba a tener ninguno”.</li> <li>▪ "De vez en cuando traerá refrescos o alimentos de engorde a la casa, porque quiere recompensarme con mis alimentos favoritos".</li> <li>▪ “Él me anima a que me lo tome con más calma, me acurruco en la cama, lo que dificulta levantarme y hacer ejercicio”.</li> <li>▪ "Él esperaba una gran reacción respecto a su pérdida de peso, a pesar de no haber mencionado mi pérdida de peso en los últimos dos años".</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Ella reorganizó su horario para ir al gimnasio conmigo, para que pudiéramos hacerlo juntos, y sugirió que asistiéramos a una nueva clase de entrenamiento el martes, ya que no podía asistir a la clase del jueves a la que solemos ir, debido al trabajo”.</li> <li>▪ “Me arregló una bicicleta y me compró el equipo que necesito para poder pedalear en la casa”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "Honestamente no se da cuenta ni le importa mi talla. Si no le dijera directamente que he perdido 53 libras, él nunca lo sabría ".</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ " Mi pareja me ha estado alabando cuando sigo mi plan de logro de objetivos de pérdida de peso”.</li> <li>▪ "Él y yo decidimos no comprar helado una noche, alegando que no era algo saludable para ninguno de nosotros y que no lo necesitábamos".</li> <li>▪ "Entonces aprendimos cómo hacer comida mexicana en casa, y esa fue mi forma de ayudarla, porque eso es algo que le gusta y porque gastamos tanto dinero en restaurantes, hagámoslo en casa ... ".</li> <li>▪ “Cuando estás cocinando con tu madre, es como si desarrollases un vínculo ... es como si ambas estuviésemos tratando de encontrar algo que las dos queremos comer, pudiendo hablarlo y ponernos de acuerdo".</li> <li>▪ "Creo que, como madre, si yo comenzara a implementar el ejercicio y mi hija se uniera, eso me motivaría a continuar". “Si ella dice, ven a bailar conmigo mamá, ella sabe que eso me motiva a hacer un poco de ejercicio ".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Estoy solo en mi pérdida de peso”.</li> <li>▪ "Mi pareja intentó hacerme sentir culpable por mis esfuerzos para perder peso".</li> <li>▪ "Mi pareja se enojó conmigo cuando yo estaba llorando, porque estaba frustrada por mi pérdida de peso tan lenta".</li> <li>▪ “Él era malo y poco solidario, no se preocupaba con nada relacionado a mis objetivos de pérdida de peso. También me dijo que estaba gorda y que parecía una mujer de 800 libras, que ni siquiera podía salir de casa”.</li> </ul>

Tabla 6.1. Apoyo social percibido. Declaraciones de los miembros objetivo y de los miembros apoyo en las intervenciones de pérdida de peso. (Elaboración propia).





Figura 6.1. Infografía acerca de los comportamientos percibidos en intervenciones de pérdida de peso en familia. (Elaboración propia).

Se identifican posibles sesgos; como la adición de una persona de apoyo durante la intervención, capacitado para brindar apoyo en el control de peso a las personas con sobrepeso/obesidad<sup>27</sup>, la elegibilidad de participantes para el estudio donde al menos un compañero había sido alentado por un proveedor de atención médica para aumentar el nivel de actividad física, pudiendo esto haber condicionado la motivación de los miembros de la familia<sup>41</sup>, el reclutamiento de participantes que intentaban activamente perder peso con anterioridad, esta estrategia puede haber resultado en una muestra de personas que estaban particularmente motivados para buscar apoyo para sus objetivos de pérdida de peso, y con menos probabilidades de permitir que una pareja romántica interfiera con sus esfuerzos<sup>44</sup>, la no especificación acerca de si los miembros familiares apoyo se encontraban en la condición de sobrepeso/obesidad, es decir, especificar quienes se encuentran en la condición de sobrepeso/obesidad, si solo el miembro familiar objetivo, o si tanto el miembro familiar objetivo como el miembro familiar apoyo<sup>21,22,27-30,37,41,44-46</sup>, y finalmente la no claridad y objetividad en la valoración del apoyo social percibido en alimentación saludable y/o actividad física<sup>21,22,28-31,37,40-47</sup>.

Implicaciones para investigaciones futuras podrían ser:

1) Estudios donde participe mayor muestra de hombres adultos con sobrepeso/obesidad, ya sea como miembros apoyo u objetivo, y donde se estudie la díada padres e hijos varones con sobrepeso/obesidad, ya que en solo un estudio se identifica a esta condición con un número muy bajo de participantes<sup>31</sup>, en esta misma dirección se necesita que las díadas padres-madres/hijos/as incluyan a hijos e hijas adultos (as) con sobrepeso/obesidad, 2) estudios donde se detallen con especificidad el diseño de los planes de alimentación/actividad física incluidos en las intervenciones de pérdida de peso en familia, 3) estudios donde se aborde el apoyo a la alimentación saludable/actividad física con previa capacitación en técnicas de cambio de comportamiento, y con la posibilidad de aplicarlas después de la intervención atendiendo al contexto de apoyo familiar, ya que en todos los estudios encontrados estas fueron aplicadas solamente durante la intervención<sup>22,28,30,31,37,42,44,45,46,47</sup>, 4) dirigir estudios en los cuales se comparen los factores que condicionan la efectividad de pérdida de peso en familia en adultos obesos, hombres versus mujeres, 5) investigaciones donde se analice la efectividad en la triada habilitación en educación alimentaria/actividad física/apoyo social, y sus efectos antes, durante y después de la intervención, 6) estudios que valoren de manera objetiva y

clara el apoyo social percibido tanto en la alimentación saludable como en la actividad física, pues solo en uno de los estudios encontrados se cuantificó a esto<sup>27</sup>.

Existen algunas limitaciones que deben ser reconocidas. Primero, la búsqueda inicial y la evaluación de la elegibilidad de los estudios se realizó solo por un autor, y no se intentó obtener información faltante contactando a los investigadores. Segundo, se debe considerar la posibilidad de sesgo de publicación porque no se incluyeron los estudios no publicados en inglés, en tercer lugar, no todos los estudios se enfocaron puramente en la dualidad para el apoyo en alimentación saludable/actividad física, pues de los 16 estudios identificados, 10 se enfocaban en el apoyo a ambas modalidades, y el resto solo a la alimentación saludable o solo a la actividad física, y en cuarto lugar, no haber analizado la efectividad del apoyo en lo concerniente al estado de la relación de pareja, por ejemplo, si las parejas estaban casadas, si convivían, si estaban saliendo, si eran novios o estaban comprometidos.

## **7. CONCLUSIONES.**

1. Dentro de los factores que podrían condicionar la efectividad o no, en cuanto a mejorar la pérdida de peso y su mantenimiento cuando se implica a la familia para el apoyo tanto en la alimentación saludable como en la actividad física, se identifican cuatro veces la cantidad de factores positivos o posiblemente efectivos frente a los factores negativos.
2. La efectividad en la pérdida de peso en familia se podría ver beneficiada de habilitaciones por profesionales de la salud sobre formas adecuadas de dar apoyo antes de la intervención, tanto en la alimentación saludable como en la actividad física.
3. Implementar técnicas de cambio de comportamiento en el diseño de las intervenciones de pérdida de peso, parece ser efectivo para adecuar y mejorar el apoyo de acuerdo con la dinámica familiar.
4. Resulta útil evitar la actitud de sabotaje y el simple apoyo verbal, y suele ser efectivo el apoyo tangible, y la implicación activa.

5. En las intervenciones de pérdida de peso en familia, los dos grupos de apoyo a los adultos con sobrepeso/obesidad que se identifican con mayor predominio, son las parejas románticas y las díadas de madres e hijas adolescentes.

## 8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Obesidad [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>.
2. Salud, obesidad y valores energéticos de las grasas alimentarias [Internet]. Fao.org. 2020 [citado 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/v4700s/v4700s0c.htm#TopOfPage>.
3. Cálculo IMC [Internet]. Seedo.es. 2020 [citado 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.seedo.es/index.php/pacientes/calculo-imc>.
4. Herrero G, Andrades C. Psiconutrición. Aprende a tener una relación saludable con la comida. 3rd ed. España: ARCOPRESS; 2019.
5. Obesidad y sobrepeso | FAO [Internet]. Fao.org. 2020 [citado 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/about/meetings/icn2/preparations/document-detail/es/c/253843/>.
6. Hossain MA, Amin A, Paul A, Qaisar H, Akula M, Amirpour A, et al. Recognizing Obesity in Adult Hospitalized Patients: A Retrospective Cohort Study Assessing Rates of Documentation and Prevalence of Obesity. *Journal of Clinical Medicine*. agosto de 2018;7(8):203.
7. Lecube A, Rubio M, Martínez P, Martí A, Salvador J, Masmiquel L, et al. Consenso SEEDO 2016 [Internet]. Seedo.es. 2016 [citado 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.seedo.es/images/site/ConsensoSEEDO2016.pdf>.
8. Ward ZJ, Bleich SN, Cradock AL, Barrett JL, Giles CM, Flax C, et al. Projected U.S. State-Level Prevalence of Adult Obesity and Severe Obesity. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 18 de diciembre de 2019 [citado 19 de febrero de 2020]; Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1909301>.
9. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Who.int. 2020 [citado 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
10. Hall KD. Did the Food Environment Cause the Obesity Epidemic? *Obesity*. 2018;26(1):11-3.

11. Obesidad [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>.
12. Vandevijvere S, Chow CC, Hall KD, Umali E, Swinburn BA. Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis. *Bull World Health Organ*. 1 de julio de 2015;93(7):446-56.
13. 10 datos sobre la obesidad [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>.
14. Alimentación sana [Internet]. Who.int. 2020 [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.
15. Aranceta J, Arijá V, Maíz E, Martínez E, Ortega R, Pérez C. Guías alimentarias para la población española (SENC, diciembre 2016); la nueva pirámide de la alimentación saludable. *Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE)* [Internet]. 2016 [citado 20 de febrero de 2020];(33):10. Disponible en: <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/guias-alimentarias-senc-2016>.
16. Actividad física [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/physical\\_activity/es/](https://www.who.int/topics/physical_activity/es/).
17. OMS | Actividad física [Internet]. Who.int. 2020 [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>.
18. Actividad física [Internet]. Who.int. 2020 [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
19. Rueda-Clausen CF, Ogunleye AA, Sharma AM. Health Benefits of Long-Term Weight-Loss Maintenance. *Annu Rev Nutr*. 2015;35:475-516.
20. Berli C, Stadler G, Shrout PE, Bolger N, Scholz U. Mediators of Physical Activity Adherence: Results from an Action Control Intervention in Couples. *Ann Behav Med*. 05 de 2018;52(1):65-76.
21. Karfopoulou E, Anastasiou CA, Avgeraki E, Kosmidis MH, Yannakoulia M. The role of social support in weight loss maintenance: results from the MedWeight study. *J Behav Med*. 2016;39(3):511-8.
22. Alick CL, Samuel-Hodge C, Ward D, Ammerman A, Rini C, Tate DF. Together Eating & Activity Matters (TEAM): results of a pilot randomized-clinical trial of

- a spousal support weight loss intervention for Black men. *Obes Sci Pract.* 2018;4(1):62-75.
23. Sorkin DH, Rook KS, Campos B, Marquez B, Solares J, Mukamel DB, et al. Rationale and study protocol for Unidas por la Vida (United for Life): A dyadic weight-loss intervention for high-risk Latina mothers and their adult daughters. *Contemp Clin Trials.* 2018;69:10-20.
  24. Flynn AC, Dalrymple K, Barr S, Poston L, Goff LM, Rogozińska E, et al. Dietary interventions in overweight and obese pregnant women: a systematic review of the content, delivery, and outcomes of randomized controlled trials. *Nutr Rev.* mayo de 2016;74(5):312-28.
  25. Kader M, Sundblom E, Elinder LS. Effectiveness of universal parental support interventions addressing children's dietary habits, physical activity and bodyweight: A systematic review. *Prev Med.* agosto de 2015;77:52-67.
  26. Plotnikoff RC, Costigan SA, Williams RL, Hutchesson MJ, Kennedy SG, Robards SL, et al. Effectiveness of interventions targeting physical activity, nutrition and healthy weight for university and college students: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 1 de abril de 2015;12:45.
  27. Rieger E, Sellbom M, Murray K, Caterson I. Measuring social support for healthy eating and physical activity in obesity. *Br J Health Psychol.* 2018;23(4):1021-39.
  28. Romo LK. An Examination of How People Who Have Lost Weight Communicatively Negotiate Interpersonal Challenges to Weight Management. *Health Commun.* 2018;33(4):469-77.
  29. Soini S, Mustajoki P, Eriksson JG. Long-term Weight Maintenance after Successful Weight Loss: Motivational Factors, Support, Difficulties, and Success Factors. *Am J Health Behav.* 01 de 2018;42(1):77-84.
  30. Dailey RM. Integrating strategies from three predominant theories regarding romantic partner support of weight loss. *Journal of Social and Personal Relationships.* 1 de octubre de 2019;36(10):3009-36.
  31. Sweeney AM, Wilson DK, Loncar H, Brown A. Secondary benefits of the families improving together (FIT) for weight loss trial on cognitive and social factors in African American adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 24 de 2019;16(1):47.

32. Estrategias de afrontamiento: los recursos del individuo para hacer frente al estrés - Infantil PRL [Internet]. Infantil PRL. 2015 [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://lnnk.in/cAbD>.
33. Alvarez H, A J. Efectos de conductas proactivas y prosociales en incidentes críticos de escolares limeños. *Propósitos y Representaciones*. julio de 2017;5(2):185-244.
34. Mas M. Ansiedad anticipatoria: síntomas y soluciones a los miedos infundados - Siquia Psicólogos Online [Internet]. Siquia - Psicólogos online. 2015 [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.siquia.com/2015/03/ansiedad-anticipatoria-sintomas-y-soluciones-a-los-miedos-infundados/>.
35. Zapata Salazar J, Petrželová Mazacová J, Chávez Martínez M, Gurrola Peña G, Balcázar Nava P, Moysén Chimal A. Fundamentos de psicología de la salud [Internet]. 1st ed. México; 2016 [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/309498329\\_La\\_preencion\\_en\\_psicologia\\_de\\_la\\_salud](https://www.researchgate.net/publication/309498329_La_preencion_en_psicologia_de_la_salud).
36. [Internet]. Psiquiatria.com. 2020 [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/index.php>.
37. Dailey RM. Strategies in Context: How Perceptions of Romantic Partner Support for Weight Loss Vary by the Relational Context. *Health Commun*. 2019;34(10):1095-106.
38. Definición la coerción psicológica| Diccionario español definición | Reverso [Internet]. *Diccionario.reverso.net*. 2020 [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://diccionario.reverso.net/espanol-definiciones/la coerción psicológica](https://diccionario.reverso.net/espanol-definiciones/la%20coercion%20psicologica).
39. La influencia social y sus técnicas [Internet]. *psicologia-online.com*. 2018 [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/la-influencia-social-y-sus-tecnicas-1696.html>.
40. Skapinsky KF, Persky S, Lewis M, Goergen A, Ashida S, de Heer HD, et al. Heart disease risk information, encouragement, and physical activity among Mexican-origin couples: Self-or spouse-driven change? *Transl Behav Med*. 29 de 2018;8(1):95-104.
41. Franks MM, Richards EA, McDonough MH, Christ SL, Marshall ME. Walking for our health: couple-focused interventions to promote physical activity in older



- adults. *International Journal of Health Promotion and Education*. 2 de noviembre de 2018;56(6):280-8.
42. Knoll N, Hohl DH, Keller J, Schuez N, Luszczynska A, Burkert S. Effects of dyadic planning on physical activity in couples: A randomized controlled trial. *Health Psychol*. enero de 2017;36(1):8-20.
43. Reed M, Julion W, McNaughton D, Wilbur J. Preferred intervention strategies to improve dietary and physical activity behaviors among African-American mothers and daughters. *Public Health Nurs*. 2017;34(5):461-71.
44. Theiss JA, Carpenter AM, Leustek J. Partner Facilitation and Partner Interference in Individuals' Weight Loss Goals. *Qual Health Res*. 1 de agosto de 2016;26(10):1318-30.
45. Joseph RP, Ainsworth BE, Mathis L, Hooker SP, Keller C. Utility of Social Cognitive Theory in Intervention Design for Promoting Physical Activity among African-American Women: A Qualitative Study. *Am J Health Behav*. 1 de septiembre de 2017;41(5):518-33.
46. Gorin AA, Powers TA, Gettens K, Cornelius T, Koestner R, Mobley AR, et al. A randomized controlled trial of a theory-based weight-loss program for couples [Abstract]. *Health Psychol*. febrero de 2020;39(2):137-46.
47. Gettens KM, Carbonneau N, Koestner R, Powers TA, Gorin AA. The role of partner autonomy support in motivation, well-being, and weight loss among women with higher baseline BMI. *Fam Syst Health*. septiembre de 2018;36(3):347-56.