

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Título: Adherencia al tratamiento de reducción de peso en pacientes con sobrepeso y
obesidad.

Autor: S. Francisco De Langhe

Tutora: Claudia Garber Barg

INDICE.

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	5
2.1 Objetivo General.....	5
2.2 Objetivos Específicos.....	5
3. Marco Teórico.....	5
3.1 Obesidad.....	5
3.1.1 Obesidad – Definiciones.....	5
3.1.2 La obesidad como problema de salud pública.....	6
3.1.3 Impacto sobre la salud.....	8
3.1.4 Relación sujeto – comida.....	9
3.2 Tratamientos para la obesidad.....	10
3.3 Adherencia al tratamiento.....	11
3.3.1 Definición y alcance del concepto.....	11
3.3.2 Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas.....	15
3.3.3 Adherencia en los tratamientos con pacientes obeso y con sobrepeso.....	17
4. Metodología.....	21
4.1 Tipo de estudio	22
4.2 Participantes.....	22
4.3 Instrumentos.....	22
4.4 Procedimiento.....	22
5. Desarrollo.....	23
5.1 Presentación de la institución.....	23
5.2 Analizar la adherencia al tratamiento y los factores que según los terapeutas contribuyen a la misma.....	24
5.3 Describir el impacto del cambio de terapeuta en la adherencia al tratamiento.....	29
5.4 El soporte familiar en relación con la adherencia al tratamiento.....	32

6. Conclusiones.....	35
6.1 Resumen del desarrollo.....	35
6.2 Limitaciones.....	37
6.3 Perspectiva crítica.....	38
6.4 Aporte personal.....	40
7. Referencias Bibliográficas.....	42

1 INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo se realizó en un centro especializado en el tratamiento de la obesidad y desórdenes alimentarios. Dicho centro dedica su actividad íntegra al seguimiento y tratamiento de las conductas alimentarias de los individuos con sobrepeso, con la misión de reajustar los desequilibrios alimenticios resultantes de los desórdenes en la ingesta diaria de las personas.

Dicho centro se encuentra en el barrio de Palermo y presta servicios de lunes a lunes, brindando así un soporte ininterrumpido al paciente.

A través del seguimiento personalizado de cada paciente y con la modalidad de trabajo en grupos terapéuticos diarios se realizan las tareas de seguimiento. El mismo trabaja con grupos de descenso y mantenimiento.

El centro está dirigido por su dueño, quien además coordina grupos y da charlas durante la semana y los sábados, donde una vez al mes recibe pacientes del interior del país para realizar terapia grupal.

También cuenta con un equipo de coordinadores grupales, 14 en total; los mismos son psicólogos y son los encargados de llevar a cabo las charlas, personales, de admisión y grupales.

Los pacientes son pesados diariamente, previo a la integración al grupo que asistirán.

A través del seguimiento personalizado, se busca mantener la adherencia y constancia del paciente al tratamiento, brindándole soporte, escucha y guiando sus conductas diarias para que la falta no se canalice directamente a través de los alimentos.

Este trabajo se elaboró mediante la información obtenida en la Práctica y Habilitación Profesional, realizada en dicho centro. La misma constó de 280 horas de observación de los grupos terapéuticos de la institución.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Analizar la adherencia al tratamiento en pacientes, en un centro terapéutico para el descenso de peso y los factores que influyen a dicha adherencia.

2.2 Objetivos Específicos:

- 1) Describir la adherencia al tratamiento en pacientes en un centro terapéutico para el descenso de peso y analizar los factores que según los terapeutas contribuyen a la adherencia.
- 2) Describir el impacto del cambio de terapeuta grupal en relación con la adherencia al tratamiento para el descenso de peso.
- 3) Analizar el impacto del soporte familiar en relación con la adherencia al tratamiento para el descenso de peso.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Obesidad

3.1.1 Definiciones

La Organización Mundial de la Salud (2016) define al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). En el caso de personas adultas la OMS establece que tienen sobrepeso aquellas con un IMC igual o superior a 25 y obesidad las que alcanzan o superan un IMC de 30; aunque advierte que para el diagnóstico debe considerarse sólo como una medida aproximada, ya que estos valores no se corresponden a un mismo nivel de acumulación de grasa en personas con distinta textura física.

La obesidad se produce por un desequilibrio entre el gasto energético y la ingesta, y se encuentra altamente relacionada con los hábitos familiares y con la genética (Atalah, Urteaga & Rebolledo, 1999).

Cormillot (2008) asocia distintas causas a la obesidad, como ser:

- a) Predisposición genética: Ciertas personas han heredado uno o más genes que ponen en riesgo el desenlace de la obesidad expuestos a entorno desfavorable.
- b) Sedentarismo: El cuerpo no llega a gastar la energía que recibe a través del consumo de alimentos. Esto se da por la falta de actividad física.
- c) Consumo de alimentos de alta densidad energética: Al recibir mayor cantidad de energía de la que necesita, el cuerpo los guarda en forma de grasa.
- d) Medio ambiente tóxico: Debido al estilo de vida occidental, con la sobreabundancia de alimentos procesados, las tareas tan automatizadas y la menor demanda de esfuerzo físico a nivel laboral, favorecen el desarrollo de la obesidad.

Este último factor nos introduce en la definición de la obesidad como un problema de salud pública que afecta a gran parte de la población y que se ha convertido en una pandemia en los últimos años.

3.1.2 La obesidad como problema de salud pública

La Organización Mundial de la Salud (2016) considera a la obesidad como una epidemia en aumento que representa un grave problema de salud pública de alcance mundial. Las últimas estimaciones realizadas en el año 2014 indicaron que aproximadamente el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso y el 13% eran obesas. Además, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. El crecimiento de

esta epidemia es notable, ya que a pesar de que hace unos años se consideraba que era un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos han aumentado y siguen haciéndolo en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos, dando como resultado que la mayoría de la población mundial viva en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran vidas de personas. De esta manera, en la actualidad gran parte de la población mundial tiene sobrepeso y de acuerdo con algunas proyecciones, al llegar al primer cuarto de este siglo la mitad de la población mundial tendrá algún grado de obesidad o sobrepeso si no se aplican políticas públicas adecuadas para tratar y poner freno a la expansión de la enfermedad.

En la Argentina las estadísticas de la prevalencia muestran que la obesidad ha aumentado en las últimas décadas. Ravenna (2006) llamaba la atención sobre el hecho alarmante que significaba que, desde los años 70 hasta ese momento, el porcentaje de adultos obesos y con sobrepeso en el país hubiera pasado del 12% al 48%, mostrando además una tendencia a seguir creciendo. La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2009, mostraba que ya más de la mitad de la población tenía sobrepeso u obesidad, con un porcentaje de 18% de obesos (Ferrante et al., 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (2005) son varias las razones por las que se han incrementado los índices de obesidad en los últimos años. Por un lado, los cambios en los patrones alimentarios, que implican un mayor consumo de alimentos con alta densidad energética y bajo contenido de nutrientes. Por otro lado, una reducción de la actividad física debido a los avances tecnológicos que provocan una vida más sedentaria y una reducción del tiempo dedicado a realizar actividades al aire libre.

La asociación entre el aumento de peso corporal y el consumo de alimentos ultra procesados, así como la ingesta habitual de bebidas con un alto contenido de azúcar cuenta con evidencia científica que la respalda. En América Latina el consumo de este tipo de alimentos y bebidas ha crecido durante los últimos años, desplazando los patrones alimentarios establecidos (Ministerio de Salud, 2015).

3.1.3 Impacto sobre la salud

Entre las consecuencias para la salud de la obesidad se encuentran patologías graves como la hipertensión, la diabetes, problemas cardiovasculares, trastornos del aparato locomotor y hasta ciertos tipos de cáncer como los gastrointestinales, de próstata y de mama. Asimismo, representa un factor de riesgo para varias enfermedades ya que está asociada al aumento del colesterol (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Como ejemplo del impacto de la obesidad en la salud, cabe destacar que en poblaciones de obesos la diabetes triplica su aparición respecto de la población general (Setien & Escalante, 2010).

La obesidad también está asociada con diversas psicopatologías como ser la ansiedad y depresión, que a su vez estarían asociadas a trastornos de la conducta alimentaria (Cañamares 2002).

Según Vázquez Velázquez (2004) , en un estudio con el objetivo de identificar los problemas psicológicos, sociales y familiares que aquejan a los pacientes obesos realizado en México, estima que entre el 25% y el 30% de los pacientes obesos que acuden a consulta para hacer un tratamiento presentan signos de trastorno psicológico, en particular de depresión. Algunos pacientes llegan con una depresión severa en comorbilidad con ansiedad y otro tipo de trastornos como el tabaquismo. En su opinión los estudios no permiten hasta ahora determinar si la obesidad es la causa de las alteraciones de la personalidad y trastornos observados o si, por el contrario, son estos problemas psicológicos parte de la causa de la obesidad. Desde esta perspectiva, la obesidad puede considerarse tanto como un síntoma como una consecuencia de fallas en el ajuste psicológico y social.

Por otra parte, las investigaciones centradas en la búsqueda de un perfil de personalidad específico para la obesidad partiendo de la hipótesis de que se darían con mayor frecuencia que en la población general determinadas alteraciones psicopatológicas, no han encontrado un tipo de personalidad específico en las personas obesas. Algunos de ellos ni siquiera detectan mayor presencia de enfermedades psiquiátricas en ellas en comparación con la población general. En el caso particular de la obesidad mórbida o de tipo III sí se ha comprobado comorbilidad con los trastornos de personalidad dependiente y compulsiva (Lorence Lara, 2008).

En cuanto a los factores psicosociales relacionados con esta enfermedad, se encuentra la condena que la sociedad actual realiza hacia los obesos. Se trata de uno de los trastornos que más ridiculización genera, además de discriminación, ya que el medio social es muy hostil hacia ellos (Seijas & Fechtmann Sáez, 1997).

Muchas veces son rechazados hasta por su propia pareja, ya que la obesidad genera disfunciones sexuales severas. De esta manera se ve alterada su vida sexual de manera muy marcada. Esto los lleva a la frustración y a la baja autoestima ya que también se encuentran muy limitados físicamente (Kronenberg, 2009).

3.1.4 Relación sujeto-comida

Ravenna (2006) considera que la obesidad, además de definirse como un incremento ponderal a expensas del tejido graso, debería pensarse como una patología que afecta a la salud psicofísica del hombre. Aunque la obesidad no puede considerarse en sí misma como una adicción, puede entenderse como el resultado de una relación adictiva con la comida, a la cual el autor caracteriza como una relación tóxica. Esta relación adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados:

1. el objeto-droga, que en este caso es la comida, especialmente algunos alimentos que generan respuestas adictivas por su consumo.
2. la personalidad adictiva, caracterizada por la falta de límites en cuanto a la comida, al cuerpo y al comportamiento.

3. el entorno tóxico, fundamentalmente la familia, que en muchos casos es fundamental para que una persona se vuelva vulnerable frente a la adicción a la comida.

4. los factores socioculturales, que determinan una presión social en el comportamiento de la persona obesa, y que, según se dijo más arriba, está definida en la actualidad por la abundante oferta de alimentos de un alto valor energético y las condiciones de sedentarismo de la vida moderna.

Ravenna (2006) hace alusión a la familia como un factor que puede afectar de manera perjudicial al obeso. Donde debería ser una barrera de contención, puede llegar a ser todo lo contrario. La vulnerabilidad de la persona está magnificada en su entorno familiar. La forma en que se relaciona con los otros es el factor que prima para abrirle las puertas a la vulnerabilidad.

3.2 Tratamientos para la obesidad

La Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA, 2010) presenta un relevamiento de los tratamientos para la obesidad que se utilizan en la actualidad, entre los que incluye las dietas, el ejercicio físico, las terapias que aplican técnicas de modificación de la conducta o cognitivo-conductuales, los tratamientos farmacológicos y las intervenciones quirúrgicas como la cirugía bariátrica. Los tratamientos más eficaces son aquellos que combinan componentes diversos: nutricional, médico, psicológico, y se complementan con la actividad física.

Una forma de ordenar los distintos tratamientos de la obesidad es la pirámide terapéutica de Cormillot (2008). La base de esa pirámide es el apoyo profesional médico y psicológico junto con el trabajo grupal. Se consideran básicos porque son fundamentales para los pacientes con cualquier grado de obesidad. También incluye en la pirámide la educación alimentaria para cambiar la forma de alimentación y la promoción de hábitos saludables como la actividad física. Los tratamientos farmacológicos, la internación y la cirugía bariátrica ocupan los niveles más altos de la pirámide.

Ravenna (2006) plantea que, aunque la obesidad no es en sí misma una enfermedad adictiva, si lo es la relación que algunas personas tienen con la comida y que tiene a la obesidad como su desenlace o consecuencia. La adicción a la comida está dada por la cantidad de alimentos ingeridos que generan dependencia a los mismos. El obeso no limita su ingesta. Tampoco pone límites a su comportamiento y de la misma forma a su cuerpo. Por eso propone como forma de abordar el problema de la obesidad iniciar el tratamiento con una dieta hipocalórica para luego trabajar en la modificación de la relación con la comida poniendo límites en tres aspectos que presenta como pilares del tratamiento: corte, medida y distancia.

Para el trabajo psicoterapéutico con los pacientes Ravenna (2006) recurre a principios de la terapia cognitivo-conductual clásica y de otras variantes como la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Dialéctica comportamental.

Los principales promotores de la terapia cognitiva, Beck y Ellis, expusieron la influencia que las interpretaciones personales de las situaciones particulares tenían sobre las percepciones, y a través de ellas sobre las emociones y la conducta. De esta manera se puede pensar que no hay una realidad universal, sino que cada realidad es construida a modo personal. Esta forma de considerar la relación del individuo con la realidad en términos de construcción dio lugar a dos modelos dentro de la Terapia Cognitiva: El primero, tiene sus bases en un constructivismo crítico y considera que aunque existe una realidad externa es imposible acceder a ella de manera completa. El segundo se denomina constructivismo radical porque sostiene que la realidad es siempre una construcción que depende de la interpretación del sujeto. En los dos modelos de terapia cognitiva la finalidad es la de reorganizar los pensamientos que son desadaptativos para la vida de la persona para cambiar la interpretación de la realidad (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

3.3 Adherencia al tratamiento

3.3.1 Definición y alcance del concepto

La adherencia a un tratamiento puede definirse como el grado en el que la conducta de un paciente responde a las recomendaciones acordadas con un profesional de la salud tanto en lo que se refiere a componentes básicos como la toma de medicación o el seguimiento de una dieta, como en lo que tiene que ver con la modificación de hábitos de vida. En los casos de enfermedades crónicas o que requieren de un tratamiento prolongado en el cual el paciente tiene un rol activo, el incumplimiento es un problema de gran magnitud (OMS, 2003).

Esta definición se basa en la propuesta por Haynes (1979) para el término cumplimiento. Éste corresponde al grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones de un prestador de asistencia sanitaria. La principal diferencia entre ambas definiciones es que la de la OMS habla de recomendaciones acordadas, lo que implica el consentimiento del paciente y una colaboración activa entre éste y el profesional para la toma de decisiones (Dilla, Valladares, Lizán & Sacristán, 2009).

En términos similares, Silva, Galeano y Correa (2005) definen la adherencia como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud, y la no adherencia, por el contrario, sería la falla en el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o no. Estos autores consideran que la falla en seguir indicaciones del profesional es esencialmente una decisión personal que puede responder a múltiples factores que se inter-relacionan. Estos factores se pueden agrupar en cuatro categorías: factores asociados al paciente (deterioro de distinto tipo, alteración del ánimo, relación con la enfermedad), factores ambientales (aislamiento, contexto cultural), factores asociados al medicamento y factores propios de la relación médico/paciente.

Los factores asociados al paciente tienen que ver con la disponibilidad de recursos materiales, así como con el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. Un conjunto de cuestiones surgen aquí y se manifiestan en el comportamiento del paciente frente a las prescripciones médicas a través del olvido de las mismas, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, la falta del conocimiento y la habilidad

necesarios para controlar los síntomas de la enfermedad, percibir la necesidad del tratamiento o entender las instrucciones.

Entre los factores ambientales que afectan la adherencia al tratamiento se encuentran la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social, las condiciones de vida inestables, la falta de recursos económicos para hacer frente no sólo a los gastos en medicamentos sino también a las necesidades de transporte, alimentación y cuidados. También se pueden incluir aquí a la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, así como a la disfunción familiar.

Los factores asociados al tratamiento en sí pueden extenderse a las circunstancias que lo rodean, tales como la complejidad del régimen médico, los cambios en el tratamiento, la baja percepción de los beneficios esperados y presencia de efectos colaterales, los fracasos de tratamientos anteriores y la falta de apoyo como parte del tratamiento.

Finalmente, los factores relacionados con la relación médico paciente deben considerarse en el marco del sistema de salud, que en muchos casos ofrece servicios poco desarrollados, con deficiencias en la distribución de medicamentos, escasa preparación de los recursos humanos para el trabajo en el control de las enfermedades crónicas y poca capacidad para la educación y seguimiento de los pacientes, entre otros problemas de similar importancia (Ramos Morales, 2015).

Considerando que la atención de la salud es un proceso complejo que involucra distintas etapas, que van desde la búsqueda de ayuda hasta el seguimiento del tratamiento, pasando por la oferta de tratamientos, existen muchos momentos de ese proceso en el que puede darse oportunidades para que falle la adherencia. Por esta razón se pueden identificar distintas formas de no cumplimiento: la tardanza en buscar ayuda, la no participación en programas de prevención de la enfermedad, no acudir a citas y finalmente el no cumplir con las prescripciones, que también puede darse en distintos grados, tales como no tomar la dosis de medicamento indicada o con la frecuencia debida, detener el tratamiento o continuarlo automáticamente sin acudir a control (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens, 2001).

El incumplimiento es tal vez la principal causa de que en muchos tratamientos no se obtengan los beneficios esperados. En un meta análisis de estudios que involucró una muestra total de 46.847 pacientes, se compararon los resultados del tratamiento clasificando a los pacientes según su grado de adherencia en pobre vs. buena. La buena adherencia se asoció significativamente con una menor mortalidad, encontrándose además un efecto adherente sano, es decir que la adherencia al tratamiento se relaciona con la conducta general respecto de la salud (Conthe et al., 2014).

En este sentido, la adherencia terapéutica puede considerarse como una herramienta para el tratamiento; el grado en el cual un paciente sigue las instrucciones médicas implica la aceptación del diagnóstico, al mismo tiempo que incide sobre el pronóstico, ya que si no se siguen las instrucciones el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables (Salinas Cruz & Nava Galán, 2012).

Martín Alfonso (2004) define a la adherencia terapéutica como una conducta compleja que resulta de la combinación de aspectos conductuales con otros relacionales y volitivos, y que resultan en la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente, así como de la elaboración de un plan de manera conjunta con el profesional de la salud. La respuesta del paciente entonces se define por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.

A pesar de la necesidad de incluir aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol o realizar visitas médicas periódicas, que plantea una definición más amplia de la adherencia al tratamiento, en la práctica médica la consideración de la adherencia al tratamiento por parte del paciente suele reducirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos de acuerdo con las instrucciones que se le han dado. Una de las formas de superar esta limitación es recurrir al concepto de alianza terapéutica como complemento de la adherencia. La alianza terapéutica alude a una relación más interactiva entre el profesional de la salud y el paciente, una forma de trabajo colaborativo en función de los objetivos sanitarios fijados en conjunto. Desde esta perspectiva se supone que el paciente se adhiere a un plan de acción con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado voluntariamente la importancia que tiene para su salud la realización de ciertas acciones concretas. De esta manera el cumplimiento de esas acciones involucraría una consideración activa de la persona (Martín Alfonso, 2004).

En el marco de la alianza entre terapeuta y paciente, una buena comunicación resulta fundamental para lograr la adherencia al tratamiento. A partir de un meta análisis que incluyó tanto estudios correlacionales como experimentales, se encontró que la adherencia aumenta en 2 veces si existe una buena comunicación entre paciente y profesional. Por otra parte, en 10 de esos estudios una buena alianza terapéutica surgía como un predictor consistente de la adherencia al tratamiento, mientras que aspectos colaborativos de la comunicación entre las partes involucradas, tales como compartir información acerca de los medicamentos y discutir aspectos prácticos y específicos del tratamiento también estaban asociados positivamente con la adherencia (Thompson & McCabe, 2012).

En esta concepción más amplia y abarcativa de la adherencia al tratamiento se consideran tan esenciales como el cumplimiento de las prescripciones médicas, la aceptación convenida del tratamiento en el marco de una relación de colaboración establecida entre médico y paciente, la participación activa de este último en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento y el carácter voluntario de las acciones llevadas a cabo por él para garantizar el cumplimiento de las prescripciones (Martín Alfonso, 2004).

Desde un enfoque terapéutico conductual, Sánchez-Sosa (2002) plantea que la investigación sobre adherencia terapéutica en el campo psicológico muestra la influencia de diversos factores, algunos de los cuales tienen que ver con el tratamiento en sí, como los instrumentales, y otros con aspectos cognitivos y emocionales (miedo, ansiedad, depresión) del paciente.

Intervenciones relacionadas con el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas han sido incluidas en los tratamientos basados en técnicas cognitivo-conductuales. Terapeutas

entrenados recurren a intervenciones específicas para evitar el incumplimiento en la toma de la medicación que demuestran ser efectivas al menos en el corto plazo. De igual manera, intervenciones no específicas pueden resultar igualmente efectivas para inducir una actitud positiva hacia el tratamiento (Thompson & McCabe, 2012).

Una de las formas de intervenir para mejorar la adherencia al tratamiento en el campo de la psiquiatría desde el marco de la terapia cognitivo-conductual es la terapia de cumplimiento (compliance therapy), que toma elementos de la psicoeducación y de la entrevista motivacional. A partir de este abordaje se busca que los pacientes entiendan la relación entre las recaídas y la falta de adherencia al tratamiento, especialmente en lo que refiere a la medicación. Algunos estudios han reportado su eficacia, especialmente con pacientes esquizofrénicos, para mejorar la aceptación del tratamiento y la adherencia, aunque otros muestran resultados menos prometedores. Las intervenciones que muestran mejores resultados son aquellas que combinan elementos de distintas modalidades de abordaje, tales como terapia cognitivo-conductual, abordajes basados en la familia y comunitarios (Farooq & Naeem, 2014).

3.3.2 Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas

El grueso de los estudios realizados sobre adherencia al tratamiento abordan el problema de las enfermedades crónicas, ya que estas tienen un costo elevado para el paciente y/o para el sistema de salud. Se han realizado estudios en pacientes hipertensos, con dislipidemia, tuberculosis, diabetes mellitus y VIH. Estos estudios estiman que alrededor de la mitad de los pacientes que siguen un tratamiento farmacológico no cumplen con las pautas establecidas por los profesionales, mientras que en otro tipo de tratamientos aproximadamente un 30% de los pacientes no cambian sus hábitos ni modifican sus estilos de vida (Peralta & Carbajal Pruneda, 2008).

En pacientes con enfermedad renal sometidos a hemodiálisis, por ejemplo, la pérdida de al menos una sesión del tratamiento al mes incrementa la mortalidad en un 25 o 30%, mientras que en el caso de las enfermedades cardiovasculares se ha constatado una relación entre el grado de adherencia al tratamiento y la disminución de la presión arterial, y pacientes con insuficiencia cardíaca, se ha verificado que la adherencia disminuye el riesgo de muerte independientemente del tipo de tratamiento (Conthe et al., 2014).

La OMS (2003) considera que el incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura y que tiende a aumentar. En una revisión de los estudios realizados sobre esta problemática confirman el porcentaje del 50% de incumplimiento en los países desarrollados, mientras que estima que la falta de adherencia al tratamiento es más importante aún en los países en vías de desarrollo. El incumplimiento es particularmente grave en todas las situaciones en las que el tratamiento tiene que ser administrado por el propio paciente, y esto sucede independientemente del tipo de enfermedad del que se trate. Como parte del diagnóstico de la situación, se señala que los equipos de atención sanitaria estarían fracasando a la hora de brindar apoyo a los pacientes para mejorar la adherencia, porque la mayoría de los profesionales que los conforman no están entrenados adecuadamente para afrontar esta tarea. El informe recomienda el abordaje de este problema, ya que considera que el mejoramiento de la adherencia al tratamiento

podría tener un impacto sanitario global más importante que la incorporación de tecnología médica, reduciendo los costos económicos para el sistema de salud y mejorando la calidad de vida de las personas que sufren enfermedades crónicas.

Es necesario considerar que en el caso de pacientes con enfermedades crónicas el tratamiento es de duración y demanda un alto grado de adherencia por parte del paciente, así como de un cuidado responsable para que se logren cambios significativos en los hábitos de vida. El incumplimiento en estos casos lleva a recaídas y complicaciones en la enfermedad (Torresani, Maffei, Squillace, Belén & Alorda, 2011).

La no aceptación del diagnóstico, los efectos secundarios, el negar la enfermedad como así también el pensar en la falta de beneficios, son causas predominantes en el incumplimiento del tratamiento. Es sumamente importante, que tanto los familiares como los enfermos posean la información necesaria para ser conscientes de esto. Existen estudios que mencionan que las recaídas en enfermedades crónicas son cada vez más severas cuando se repiten y la causa principal de ellas es la falta de adherencia al tratamiento. En cuanto a las causas de éste, los problemas económicos y los conflictos familiares están entre las circunstancias que suelen llevar a que un paciente no cumpla con las indicaciones terapéuticas (Salinas Cruz & Nava Galán, 2012).

Considerando que la adherencia es un proceso complejo y dinámico, afectado por factores de diversos tipos resulta necesario realizar seguimientos del cumplimiento con las prescripciones de los tratamientos, formando a los profesionales en todo lo que atañe a esta problemática y recurriendo a abordajes interdisciplinarios para mejorar la adherencia (Rodríguez Acelas & Gómez Ochoa, 2010).

3.3.3 Adherencia en los tratamientos con pacientes obesos y con sobrepeso

Las características de una enfermedad crónica como la obesidad hacen que resulte vital para el éxito de los tratamientos el seguimiento continuo y monitoreo de los progresos, no sólo durante el tratamiento sino también en la etapa posterior al descenso de peso, es decir durante el mantenimiento. Desafortunadamente muchos pacientes tienden a dejar de lado el seguimiento médico una vez que han conseguido cierto descenso de peso, y la mayoría abandona el tratamiento alrededor de los seis meses de iniciado (Bautista-Castaño, Molina-Cabrillana, Montoya-Alonso & Serra-Majem, 2004).

El abordaje múltiple de la obesidad en la mayoría de los tratamientos actuales, plantea la necesidad de diferenciar la adherencia en relación con los distintos componentes de un tratamiento. En un estudio con pacientes con sobrepeso y obesidad que recibieron un tratamiento conductual para la obesidad se evaluó la adherencia a los distintos componentes.

Éstos eran: sesiones grupales, metas dietarias (divididas en calorías y gramos de grasas consumidas diariamente), actividad física y auto monitoreo de la conducta. El tratamiento estaba dividido además en dos fases de seis meses de duración cada una, la primera de mayor intensidad que la segunda en cuanto a las metas propuestas. Los resultados mostraron una disminución con el tiempo de la adherencia en todos los componentes del tratamiento.

Adicionalmente se registró una fuerte relación durante la primera fase entre la adherencia a las sesiones grupales, al auto monitoreo y a las metas dietarias con la reducción de peso. En la segunda fase la adherencia a las sesiones y al ejercicio físico resultaron significativamente asociadas con la pérdida de peso (Acharya et al., 2009).

En cuanto a la adherencia en los tratamientos nutricionales con pacientes obesos y con sobrepeso, González Z et al. (2007) encuentran en una revisión bibliográfica que en muchos casos los pacientes no cumplen con las prescripciones dietarias por lo cual no obtienen los resultados esperados y una parte de ellos abandona el tratamiento. Señalan también que incluso un alto porcentaje de aquellos que tienen una pérdida de peso satisfactoria con el tratamiento recuperan el peso perdido al año de finalizado el mismo y casi la totalidad lo hace en un plazo de cinco años. Los porcentajes de adherencia que informan a partir de su relevamiento están entre el 15 y el 20%, mientras que en el estudio que ellos mismos realizan encuentran un 32% de adherencia.

En una revisión bibliográfica más reciente llevada a cabo por Martínez, García Cedillo y Estrada Aranda (2016) se informa que la adherencia al tratamiento nutricional es afectada negativamente por los hábitos anteriores de los pacientes, especialmente la escasa realización de actividad física y las dietas con alto contenido calórico, variables que se relacionan directamente con el cumplimiento del tratamiento. La disfunción familiar es otro de los factores que se mencionan, señalando que el riesgo de no bajar de peso aumenta en más de 4 veces cuando el paciente pertenece a una familia disfuncional. En el mismo sentido, el riesgo de abandono aumenta hasta en un 19% cuando no se logra una buena comunicación entre el paciente y el personal de salud.

En un estudio basado en el seguimiento semanal de un programa de reducción de peso que incluía dieta hipocalórica y recomendaciones de actividad física diaria, se identificaron como factores predictores del cumplimiento con el tratamiento la edad (a menor edad, menor cumplimiento), el género (los hombres respondieron mejor al tratamiento), el IMC (a mayor índice, menor cumplimiento) y la participación previa en programas dietarios (aquellos que habían participado de programas de este tipo abandonaron el tratamiento en mayor porcentaje). Además se registró que la presencia de obesidad en la familia y el inicio durante la infancia o adolescencia de la enfermedad reducían la probabilidad de completar el tratamiento (Bautista Castaño et al., 2004).

Estos estudios, así como los demás mencionados en el apartado anterior correspondiente a enfermedades crónicas, muestran que los factores asociados con la falta de adherencia al tratamiento son múltiples. A partir de una revisión de estudios previos, Sámano Orozco (2011) seleccionó cinco variables que surgían como causas probables del abandono del tratamiento: expectativas irreales sobre el tratamiento, periodos vacacionales, estilos de vida incompatibles con la dieta, la edad del paciente y su nivel de estrés. A continuación se analizaron las mismas en una muestra de 147 mujeres obesas que habían abandonado su tratamiento nutricional. De las cinco variables postuladas como causas de abandono del tratamiento las expectativas irreales fueron las que mayor correlación mostraron con el mismo; los periodos vacacionales también mostraron una relación significativa, aunque de menor intensidad, siendo las vacaciones de verano el periodo en el que más pacientes abandonaron su tratamiento. El nivel

de estrés de los pacientes sólo mostró una relación leve, mientras que la variable menos relacionada con el abandono del tratamiento fue la presencia de estilos de vida incompatibles con la dieta.

Arrebola Vivas et al (2013) diseñaron un ensayo de intervención integral para el tratamiento de la obesidad que tenía como objetivo identificar variables predictoras de baja adherencia al tratamiento. Los resultados mostraron que tener un IMC de 35 o más, haber dejado de fumar hace menos de 4 meses, tener una dieta hipercalórica y mantener un estilo de vida sedentario son variables predictoras independientes que condicionan la baja adherencia a un programa de adelgazamiento.

El grado de obesidad también puede servir como predictor de la adherencia al tratamiento, aunque de manera relativa. En este sentido, los pacientes con obesidad mórbida de inicio temprano tienen una alta probabilidad de presentar problemas en la adherencia a tratamientos psicológicos o médicos (Lorence Lara, 2008).

La razón principal que algunos autores sugieren para las diferencias entre los distintos estudios focalizados en la adherencia al tratamiento es la ausencia de un estándar consensuado a la hora de medir la adherencia. Por otra parte, la complejidad del fenómeno es probablemente la causa de que se halla fallado a la hora de establecer un método válido y confiable para evaluar la adherencia y su contracara, el no cumplimiento. En el caso de los tratamientos medicamentosos se ha recurrido en algunos casos a la detección de ciertos metabolitos o marcadores biológicos a través de exámenes, pero esto no es posible en todos los casos, además de ser sólo aplicable para el cumplimiento en cuanto a la toma de medicamentos. Las medidas indirectas son las más frecuentemente utilizadas, e incluyen entrevista, registros diarios, tablas de seguimiento, o la medición de los resultados (Vermeire et al., 2001).

Ante la falta de un método único para evaluar el grado de adherencia al tratamiento, es usual recurrir a técnicas subjetivas como los auto reportes para analizar la actitud de los pacientes en relación con el tratamiento. A través de estos medios se ha podido establecer que la auto-percepción de la adherencia al tratamiento dietético de los pacientes tiene una relación directa con el cumplimiento de las recomendaciones acerca de alimentación y ejercicio físico, y que se obtienen mejores resultados cuando la percepción de adherencia es adecuada por parte del paciente. De una muestra de pacientes mujeres con sobrepeso y obesidad en tratamiento de reducción de peso, de las cuales el 40% descendió al menos un 1% semanalmente, la mayoría de las que lograron este resultado mostraron una percepción de adherencia al tratamiento superior al 70%. Además se encontró una asociación positiva entre el grado de adherencia percibida y el porcentaje de pérdida de peso (Torresani, Maffei, Squillace, Belén & Alorda, 2011).

El éxito en cuanto al grado de adherencia en el tratamiento de la obesidad está relacionado con la presencia de ciertos factores. En primer lugar, la comprensión por parte del paciente de que la obesidad es una enfermedad crónica es importante para lograr una mayor adherencia. También lo es evitar falsas expectativas definiendo objetivos terapéuticos que no se limiten a la pérdida de peso, sino que consideren la salud global y la calidad de vida. El desarrollo de vínculos interpersonales y de sentimientos de pertenencia colaboran para lograr una mayor adherencia, por lo que el trabajo grupal adquiere importancia. La comprensión de la

importancia del plan alimentario y su aceptación, en lugar de verlo como una imposición, también es importante. Por último, debe trabajarse en el desarrollo de habilidades que permitan el cambio de hábitos, sobre todo cuando la presión del contexto es grande (Brosens, Terrasa, Ventriglia & Discacciatti, 2015).

La educación nutricional se postula como una herramienta útil para mejorar la adherencia al tratamiento de reducción de peso específicamente en el cumplimiento con las pautas dietarias, ya que puede influir en la conducta del paciente, ayudándole a desarrollar habilidades de auto cuidado (Torresani, Maffei, Squillace, Belén & Alorda, 2011).

Por otra parte, mejorar la adherencia de pacientes obesos a las recomendaciones relacionadas con la actividad física es un gran desafío. Existen muchas razones reportadas por los propios pacientes para no involucrarse en la actividad física regular, entre ellas el dolor físico, la falta de estímulos, las restricciones en cuanto al tiempo disponible, la insatisfacción con la imagen corporal y el temor a las consecuencias de un esfuerzo más allá de las posibilidades reales. Como respuesta a estas limitaciones se recomienda una estrategia personalizada basada en la identificación de las mismas en el paciente, que incluya herramientas tales como la fijación de metas concretas y realistas, el apoyo social, la planificación de actividades más estimulantes y la focalización por parte del profesional en los logros del paciente en lugar de criticar las fallas (Dalle Grave, Calugi, Centis, El Ghoch & Marchesini, 2011).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo.

4.2 Participantes:

Los participantes estuvieron integrados por:

Grupo de 50 participantes mayores de edad, entre 21 y 70 años de ambos sexos. Los mismos asistieron a los grupos llamados CLAVE para el descenso y mantenimiento de peso. Un plantel de 14 terapeutas responsables de la coordinación de los grupos y moderación de los mismos. Dichos coordinadores fueron un grupo de terapeutas, psicólogos, con perfiles cognitivo conductual y psicoanalítico. El Dr. MR actuó como encargado de los grupos de Descenso y los CLAVE (grupos con más participantes donde mensualmente se encuentra la concurrencia de los pacientes del interior del país). Un lugar muy importante también tuvo la Lic. G, quien se encargó de coordinar los grupos, como así de la supervisión de los residentes y coordinación de los mismos, trabajando en el equipo hace más de diez años, buscando hacer énfasis en la falta, desde una visión plenamente psicoanalítica. En el grupo también pudimos encontrar al Lic. D. quien coordinó a los grupos del mediodía, siempre llevando una cuota de gracia a los encuentros y un aporte más cognitivo conductual.

4.3 Instrumentos:

Se realizó una observación no participante (Grupos de 1,30 ha cada uno) al grupo de descenso (CLAVE) los días martes, miércoles, jueves, viernes y sábados durante el tiempo que llevo completar las 280 horas de la práctica.

Entrevistas semidirigidas con los coordinadores de los grupos. Se llevaron a cabo seis entrevistas de una duración mínima de 30 minutos. Los ejes fundamentales de dichas entrevistas se enfocaron en indagar sobre el grado de adherencia de los pacientes, los factores que a juicio de los psicólogos influyen en la adherencia, la modalidad del seguimiento cotidiano, los cambios en la coordinación de los grupos y la relación con las familias de los pacientes.

4.4 Procedimiento:

En el caso de las observaciones no participantes de los grupos el material se recopiló a partir de notas. Las seis entrevistas con los coordinadores se grabaron con su consentimiento y luego se desgrabaron para realizar el análisis en función de los objetivos.

Las mismas se distribuyeron en dos entrevistas a cada terapeuta/coordinador, llegando así a las seis entrevistas totales.

5. DESARROLLO

5.1 Presentación de la institución

La institución donde se realizó la práctica plantea un tratamiento integral para la obesidad. El mismo abarca aspectos nutricionales, médicos y psicológicos para los pacientes. Basándose en una dieta hipocalórica de un máximo de 600 calorías de ingesta alimenticia diaria, acompañada de la incorporación de 2 litros de agua diarios de forma indispensable.

Día a día se ejerce el seguimiento de los pacientes, desde su pesaje inicial al entrar a la institución, hasta aspectos como el chequeo y consulta sobre su alimentación del día. Para ayudara los pacientes a cumplir con los objetivos de la dieta hipocalórica, se les ofrece una solución alimenticia consistente en viandas preparadas en la institución con la dosis calórica pertinente al tratamiento. Además se les recomienda pasar tres veces por semana por el gimnasio que la institución posee, a fin de acompañar la dieta con actividad aeróbica. Como complemento se organizan grupos que realizan semanalmente caminatas al aire libre en uno de los parques más importantes de la ciudad.

El tratamiento psicológico de los pacientes en la clínica se basa en la terapia grupal. Los grupos funcionan diariamente con un espectro horario muy amplio, para que el paciente pueda asistir al grupo deseado sea cual fuere su demanda horaria laboral. Dichos grupos son coordinados por dos o tres terapeutas, dependiendo del horario y día.

El marco teórico es ecléctico, aunque se nota un predominio de la terapia cognitivo conductual, eje principal para focalizar en el cambio de hábito alimenticio. Sin embargo el vínculo con la comida se aborda con algunos conceptos relacionados con el psicoanálisis.

Los pacientes están divididos en dos grandes grupos según las etapas del tratamiento: el grupo inicial es el llamado Grupo de Descenso, en donde se trata todo el recorrido hasta llegar al peso deseado, y el Grupo de Mantenimiento corresponde a la etapa en la que se trata la cronicidad y la adherencia al tratamiento, un eje fundamental en el método propuesto.

5.2 Analizar la adherencia al tratamiento y los factores que según los terapeutas contribuyen a la misma

Coincidiendo con Salinas Cruz y Nava Galán (2012), los terapeutas de la institución, consideran a la adherencia terapéutica como un objetivo básico para el tratamiento; si se logra que el paciente acepte el diagnóstico y siga las instrucciones médicas aumentan las probabilidades de lograr el éxito del tratamiento. Si las mismas no se siguen, o son seguidas pero en forma errónea o de manera poco constante, el pronóstico empeora y los resultados tienden a ser desfavorables. La adherencia al tratamiento se considera como factor preponderante del mismo, y un elemento clave para garantizar la continuidad de los cambios logrados y la formación de nuevos hábitos respecto de la comida.

A través de la observación cotidiana en la clínica, se pudo registrar la forma en que los terapeutas hacen foco en la constancia de las conductas diarias del paciente. El paciente debe tener en claro que el cambio que se les propone no se reduce al descenso de peso, sino que se trata de un cambio radical de sus conductas diarias en relación a la ingesta calórica. La

conjunción de la dieta hipocalórica, el trabajo físico y la psicoterapia coinciden con lo planteado por la SAOTA (2010) en su relevamiento de conductas y hábitos saludables para una vida mejor, donde se incluyen las dietas, el ejercicio y las terapias asociadas al cambio de hábitos como componentes del tratamiento recomendado.

Al respecto, una de las coordinadoras sostiene que es posible diferenciar al menos dos momentos en la adherencia al tratamiento. Existe lo que ella llama la adherencia inicial, que es la que se da cuando el paciente comienza el tratamiento. Por lo general existe en este momento una motivación alta por las expectativas que despierta en los pacientes el inicio de un tratamiento completo. La coordinadora destaca que muchos pacientes dicen en sus primeras entrevistas estar muy esperanzados con lograr lo que no lograron con otros tratamientos. Sin embargo, señala la necesidad de estar alertas, porque muchas veces esa motivación inicial no se mantiene. Esto es algo que corresponde a las características de la enfermedad, en sus propias palabras: “Las personas con obesidad son grandes comenzadores, siempre están empezando un tratamiento nuevo (...), pero lo importante es que ellos mantengan la motivación, la constancia”. Una medida que ha adoptado la institución para lograr que la adherencia inicial no disminuya drásticamente es la exigencia de concurrir a la institución todos los días durante el primer mes. De esta manera se espera que el paciente adquiera un verdadero compromiso con el tratamiento, al mismo tiempo que se los acompaña para lograr los cambios imprescindibles en la relación con la comida.

La descripción de la adherencia al tratamiento de los pacientes de la institución incluida en el párrafo anterior plantea la relación entre ésta y la motivación. Los aspectos motivacionales son claves para lograr la adherencia y el éxito del tratamiento. En este sentido, las metas a corto plazo y la contención grupal son herramientas para alcanzar un grado alto de motivación. Si el paciente ve los resultados del tratamiento en plazos cortos y recibe el apoyo del grupo su motivación es mayor y esto redundará en una mayor adherencia al tratamiento. Por otra parte, la coordinadora destaca la diferencia entre la motivación inicial y la que puede obtenerse una vez que se empiezan a ver los resultados del tratamiento. Paradójicamente, resultados positivos pueden tener un impacto negativo sobre la motivación. Esto sucede cuando el paciente llega a la institución con problemas médicos como consecuencia de su obesidad, entonces su motivación para hacer el tratamiento es alta, pero cuando baja de peso y algunas de estas cuestiones cambian (desaparecen los dolores, baja el colesterol) es necesario encontrar nuevas fuentes de motivación para que el paciente mantenga su adherencia al tratamiento, que tiene por objetivo lograr un cambio conductual que vaya más allá de un descenso de peso temporario.

En términos conductuales, la adherencia al tratamiento puede definirse como una coincidencia entre el comportamiento de la persona y las recomendaciones relacionadas con la salud (Silva et al., 2005). En la institución hay una amplia coincidencia entre los terapeutas acerca de la importancia que tiene la adherencia al tratamiento y sobre la forma de incentivarla. En primer lugar se focaliza en el aprendizaje de nuevas conductas alimentarias y estilos de vida donde se racionalice el acto de la ingesta para sobreponerse al impulso al atracón. Términos muy utilizados en los grupos a través de los terapeutas, son los de Constancia y el de Meta semanal. La meta semanal se plantea de lunes a lunes, y la constancia se refiere a la importancia de no perder lo obtenido en el trabajo semanal durante el fin de semana. Es algo común que los

pacientes se enfrenten durante el fin de semana a situaciones que implican un riesgo de caer en las conductas compulsivas respecto de la comida. Con respecto a este problema, los terapeutas intentan reducir lo que llaman el síndrome del lunes, en donde pueden registrarse claramente las caras de los vencedores y los vencidos (lenguaje que utilizan dentro de la institución para referirse al sostenimiento de la conducta indicada durante el fin de semana) dentro de los grupos. Los vencedores son aquellos que sostuvieron la ingesta calórico diaria recomendada durante el fin de semana, y vencidos quienes no.

Un claro ejemplo de cambio conductual pudimos encontrar en el relato de una integrante del grupo llamada L y en la intervención de su terapeuta grupal. La paciente relató "Pude separar la emoción de la comida. Antes la vida era una porquería, ahora es la misma porquería pero soy flaca (comenta a modo de broma), a lo que la coordinadora respondió "Primero uno detecta la emoción, luego decide si come o no, ese es uno de los cambios conductuales basales del tratamiento. Lo real te viene, te llega, es inevitable y nos toca a todos, a cada uno de nosotros, de diferentes maneras pero nadie le escapa a lo real". Hizo una pausa y luego comentó: "Lo importante es como uno encara a esto, que conducta adopta, como se adapta y como privilegia y prevalece su salud, su dieta".

Sánchez-Sosa (2002) destaca dentro del tratamiento los aspectos instrumentales y también menciona factores relacionados con las características de los pacientes como influencias importantes en la adherencia al tratamiento. La coordinadora destaca la importancia de aspectos propios del tratamiento que podrían considerarse instrumentales, como el mencionado requisito de asistencia diaria durante el primer mes, pero también menciona el impacto sobre la adherencia que tienen los factores relacionados con aspectos cognitivos y emocionales de los pacientes. Respecto de estos últimos, hace una evaluación en la que asegura que la institución espera que un alto porcentaje de pacientes abandonen el tratamiento, estimando que un 40% de ellos lograrán el descenso de peso esperado, aunque sólo la mitad logrará mantenerlo en el tiempo. La clave para lograr este resultado ideal está en el trabajo de mantenimiento. La participación en los grupos de mantenimiento por al menos un año después de haber logrado el descenso de peso es, según su parecer, la única forma de mantener lo logrado y no volver a subir de peso.

Una cuestión clave en la adherencia al tratamiento es justamente el trabajo en grupos terapéuticos. Puede decirse que ella aumenta en relación directa con el compromiso grupal. El grupo es un pilar, un sostén de la misma. La reciprocidad y el aliento mutuo constante, inspiran al paciente a no pasarse de las recomendaciones caloricas de la institución. En el grupo el paciente sabe que no está solo, que en su misma situación se encuentran todos los participantes de dicho grupo. El compromiso lleva no solamente a la preocupación por el cumplimiento de las metas personales, sino también de las metas de los compañeros de grupo. Es tan grande y motivadora esa unión grupal, que entre los mismos pacientes se estimulan mutuamente a cumplir, se felicitan cuando logran la constancia esperada y hasta perciben cuando alguno de ellos se desvía del tratamiento. Se genera un fuerte vínculo y lazo afectivo entre los miembros, llegando a cuidarse mutuamente y estar alertas los unos de los otros. Durante los fines de semana los pacientes mantienen el contacto vía whatsapp, y se mantienen vigilantes por si alguno de ellos tiene una recaída. La atención del grupo está puesta en alentarse mutuamente para seguir con el cumplimiento de la meta propuesta y para

hacerle frente a los intentos de caer en la tentación de ingerir un alimento de alto nivel calórico. El grupo le da seguridad al paciente, lo hace sentir contenido y comprendido.

Podemos encontrar un claro ejemplo de este comportamiento en una observación de grupos, donde una paciente relató: “Soy del interior, de Bariloche. Baje 20kg y vengo sosteniendo el peso hace más de dos años, época en la que me mude a Bariloche. Antes vivía en Buenos Aires y todo era más fácil, ya que acudía varias veces por semana a los grupos. El grupo es vital, es la base de todo. Como no puedo seguir viniendo semanalmente veo todos los grupos por YouTube y siento que estoy ahí, tal cual estaba antes de mudarme”. La misma paciente también relató cómo el simple hecho de quedar en contacto con otra paciente le dio la contención necesaria. Ella la llama “sostén” y a través de whatsapp se comunican todos los días para contarse mutuamente sus experiencias y como llevan sus dietas día a día. “Entre dos es todo mucho más fácil, nos entendemos a la perfección”, comentó. Coincidiendo con este relato, Ravenna (2006) sostiene que es la relación con la comida lo que constituye la enfermedad y no la obesidad en sí misma, pudiendo de esta manera observar como la conducta sostenida es vital para el tratamiento. La conducta sostenida a la que hace referencia el autor se puede interpretar como la adherencia a las pautas propuestas y consensuadas en función del tratamiento.

Puede identificarse el compromiso sostenido mutuamente dentro de los grupos con la adherencia al tratamiento, ya que el grupo intenta animar a los miembros a no apartarse en sus conductas de lo pautado, mientras que los terapeutas hacen lo mismo desde el lugar de la coordinación. El grupo, por ejemplo, trabaja sobre las conductas cotidianas, intercambiando experiencias y métodos personales para evadir el pensamiento constante acerca de la comida. Una de las coordinadoras grupales comentó “Que la comida no sea un refugio para la ansiedad, que no se genere esa conducta, porque una vez que ella se instala, es un enemigo que crece día a día y es muy difícil de vencer. Fundamental es que la comida no sea ese refugio, hay un saber hacer frente a eso que se ira generando en torno a nuevas conductas que se irán adquiriendo”, la conducta es importantísima para que la adherencia sea correcta.

Puede observarse una gran dificultad por parte de algunos pacientes para cumplir con todas las consignas que le son asignadas más allá de la dieta, la ingesta de agua diaria y la participación en los grupos, ya que también les es recomendado una determinada cantidad de ejercicio físico aeróbico, donde se ve que el mismo es un gran escollo para el denominado gordo. Según relataron los propios pacientes de la institución, una barrera muy difícil de sortear son las eventualidades festivas (Cumpleaños, navidades, reuniones con amigos), donde el paciente se ve expuesto a tentaciones que atentan contra el cumplimiento de las pautas dietarias. Este tipo de situaciones son muy difíciles para el paciente, y habitualmente llevan a comer más de lo indicado o incluso al atracón. Una solución propuesta por la institución, es la de llevar sus propias viandas adquiridas en la cocina de la institución a dichos eventos. En muchos casos, para no faltar a las pautas del tratamiento los pacientes no acuden a este tipo de eventos, pero esta estrategia evitativa les acota la vida social y no es un logro real en el proceso de cambiar la relación que el paciente tiene con la comida. Este aspecto es muy trabajado en los grupos, justamente con el objetivo de que los pacientes desarrollen otras estrategias para mantenerse dentro del tratamiento. La coordinadora entrevistada sostiene que es importante que el paciente pueda establecer un nuevo tipo de vínculo con la comida,

aún en situaciones que podrían calificarse de riesgo, como son los encuentros sociales. De no ser así, el tratamiento se reduciría al cumplimiento de la dieta hipocalórica aún a costa del aislamiento del paciente, condenado a no tener vínculos sociales y a alimentarse solamente con las viandas provistas por la institución.

El vínculo entre profesional y paciente es muy importante para que éste último mantenga su adherencia al tratamiento. Para eso debe llegar a constituirse una alianza terapéutica, basada en el compromiso mutuo y en la confianza. Martín Alfonso (2004) destaca que el paciente se adhiere a un plan de acción al que puede dar su consentimiento de manera voluntaria y con el cual concuerda, aceptando la importancia que tiene para su salud la realización de dichas prácticas. Además, a través de un vínculo fuerte con el terapeuta el plan se ve reforzado y la adherencia tiende a incrementarse. A mayor fortaleza del vínculo, mayor adherencia al tratamiento. De cualquier manera, no se trata de establecer una relación de dependencia. La coordinadora entrevistada afirma que en algún momento el paciente, que ha desarrollado una conducta moderada al comer, que ha aceptado y trabajado su relación con la comida, puede dejar el tratamiento y enfrentar su enfermedad solo. Cuando se ha producido un cambio real en el estilo de vida en relación con la comida, el paciente puede hacerse cargo por sí mismo del problema. En este sentido, la profesional afirma que, más que la adherencia al tratamiento, la clave está en la adherencia a un nuevo estilo de vida, caracterizado por una relación moderada con la comida. Si la obesidad es una enfermedad crónica, la única respuesta efectiva es un cambio permanente en la forma de relacionarse con la comida, de otra manera siempre el paciente estará expuesto a recaídas. El problema reside, según su opinión, en que los pacientes acepten la cronicidad de la enfermedad, si no lo hacen entonces no terminan de comprender que la vigilancia respecto de la relación con la comida es algo que debe acompañarlos por siempre.

5.3 Describir el impacto del cambio de terapeuta sobre la adherencia al tratamiento

El vínculo con el terapeuta es un pilar muy importante en relación a la adherencia. Se puede afirmar que los profesionales de la institución se encuentran bajo un constante compromiso de seguimiento del paciente. La relación terapeuta-paciente es muy familiar y hasta en ciertas charlas se logra captar cierta complicidad en los diálogos. La relación generada es muy fuerte, se pudo observar que hay un trabajo constante de ambas partes para mantener el vínculo.

Aunque el hecho de que la institución tenga un cronograma para el trabajo con los grupos con diferentes opciones de días y horarios representa una ventaja, se trata de que el paciente se comprometa a asistir al mismo grupo en lo posible, ya que ahí es donde va a encontrar siempre a los mismos terapeutas. Asistir a distintos grupos, trae aparejado la coordinación de diferentes terapeutas, y por ende, el vínculo no resulta ser el mismo.

Por otra parte, en la observación de uno de los grupos, se pudo relevar el grado de compromiso de los pacientes hacia el terapeuta. En una reunión un paciente comentó “no pude llegar al grupo del martes pasado, pero lo seguí por Internet en YouTube, no quería sentir que me estoy perdiendo del tratamiento, ni alejándome del mismo, ver a mi terapeuta aunque sea en la computadora alivio mi ansiedad”. En este caso se puede ver cómo las ansiedades

tienden a bajar cuando el paciente puede sentir que su terapeuta está disponible. De la misma manera cuando los pacientes se mudan al interior o viajan mucho por trabajo, hacen todo lo posible para poder seguir los grupos por YouTube, pero siempre el grupo donde su terapeuta está presente. Más allá del vínculo que se logra entre terapeuta y paciente, también, según la institución, es una forma de fortalecer no solo el vínculo, sino también la conducta. El simple hecho de hacer el hábito, ordenar los horarios y participar siempre de los mismos grupos, es un fortalecedor de conductas.

De cualquier manera, en algunos casos los pacientes se ven obligados a cambiar de grupo y, por lo tanto, de terapeuta. De la observación y seguimiento de dos grupos con diferentes terapeutas durante la práctica profesional, se pudo registrar el impacto del cambio de terapeuta en la adherencia al tratamiento en los casos de dos pacientes. Una de las pacientes, Laura, comenta en una sesión grupal “En los primeros 30 días, casi 7kg, así empecé y al mes siguiente otros 6 kg más. Muy buen descenso para empezar. Pero luego caí en una meseta al cambiar de grupo por fuerza mayor, ya que por reestructuración en la oficina, mis horarios dejaron de ser tan flexibles como eran antes, por ende tuve que pasarme de grupo en otro horario. Pero ya no sentía esas ganas que tenía antes, me di cuenta que me costaba venir e incluso evitaba la participación frecuente. Es como si tuviese que volver a generar esa dinámica que teníamos con el otro grupo y terapeutas”. En el relato de la paciente se puede verificar que el cambio de grupo tuvo un impacto en su adherencia al tratamiento, aunque puede pensarse que además del cambio del terapeuta influyó el cambio de compañeros de grupo. Ella misma menciona al grupo junto con el terapeuta, y considerando la forma en que los miembros de los grupos se brindan apoyo mutuamente es comprensible que un cambio de grupo implique una readaptación a los nuevos compañeros.

Un aspecto que aparece relacionado con la alianza terapéutica y los cambios de terapeuta es el del mencionado síndrome del lunes. La confianza con la que los pacientes exponen sus desarreglos en la dieta durante un fin de semana es mayor cuando se encuentran con el terapeuta con el que han establecido un vínculo terapéutico fuerte. En las ocasiones que se pudo observar a un paciente que se encuentra frente a otro terapeuta y tiene que abordar este problema, sus relatos no fueron tan detallados como los de aquellos que se encontraban frente a su terapeuta habitual. Esto puede relacionarse con lo señalado por Thompson y McCabe (2012), acerca de la importancia de la alianza terapéutica para lograr un mayor nivel de adherencia al tratamiento, fundamentalmente cuando la comunicación es buena y fluida entre paciente y terapeuta.

En una de las entrevistas con los coordinadores, la coordinadora G., relató que el cambio de terapeuta impacta directamente sobre el paciente en la mayoría de los casos y los profesionales pueden percibirlo. “La terapia grupal es tan personalizada para ellos como la terapia personal, ya que ellos exponen su día a día y exploran en su mayoría las miserias a las que se sienten expuestos por el simple hecho de ser gordos”. Al paciente le insume mucho tiempo y energía todo lo relacionado con el tratamiento, como acudir a los grupos, cambiar conductas alimenticias, incluir conductas de ejercicios aeróbicos y demás. Si a este esfuerzo que realiza el paciente se le suma la necesidad de iniciar el vínculo con otro terapeuta, es para él un factor estresor y a su vez desmotivador. La terapeuta contó que a los profesionales también les resulta incómodo cuando un paciente cambia de grupo, ya que se pierde el

contacto personal. Este contacto estrecho, que ella denomina transferencia, es el que explica la apertura del paciente hacia el terapeuta, que resulta en un vínculo de plena confianza, ya que el paciente deposita sus expectativas de cambio y cuidado en manos del terapeuta. Según su opinión, a pesar de que la institución intenta que se transmita a los pacientes un discurso unificado, la transferencia con un terapeuta puede tener su impacto cuando se impone la necesidad de cambiar de grupo.

Sin embargo, sobre el final de la entrevista, la coordinadora presenta algo que puede considerarse clave para la adherencia al tratamiento de los pacientes en tratamiento de reducción de peso. “La adherencia tiene que ser a la idea del tratamiento, que ¿cuál es? Que hay que tener un límite con la comida que no se puede pasar. (...) La adherencia tiene que ser a esa idea, pero para eso necesitan tener el apoyo terapéutico y del grupo”. De esta manera, la adherencia al tratamiento se hace compleja, es adherencia a las indicaciones del terapeuta, pero también al compromiso con el trabajo grupal, a la actividad física y a la terapia individual. De acuerdo con esta perspectiva aportada por la coordinadora, la adherencia no es a las propuestas del terapeuta, sino que es múltiple: “si adherís a lo que te dice el terapeuta pero no a la dieta, no bajás, y si adherís a la dieta pero no al aspecto terapéutico vas a tener dificultades para enfrentar los problemas de la vida”. La adherencia al tratamiento aparece entonces como un problema complejo que no puede reducirse a un único aspecto del mismo, sino que debe considerar su integralidad. Esto concuerda con lo señalado por Martín Alfonso (2004) como crítica a las visiones de la adherencia que se reducen al cumplimiento de uno de los aspectos del tratamiento, típicamente las prescripciones en cuanto a medicamentos, al considerar que es necesaria una definición más amplia de la adherencia al tratamiento, que ponga en el centro de la cuestión a la alianza que se establece entre terapeuta y paciente, pero en relación con un plan de acción más amplio que es el resultado de un consenso en el cual este último ha participado activamente.

5.4 El soporte familiar en relación con la adherencia al tratamiento.

Salinas Cruz y Nava Galán (2012), nos señalan que dentro de los factores de riesgo que llevan a la deserción del tratamiento o al menos al paulatino abandono de la adherencia, se encuentra entre los primeros lugares la ausencia de control externo de la familia. A través de la observación diaria en los grupos de terapia pudo registrarse cómo incide el factor del soporte familiar positivo o negativo en la adherencia al tratamiento. Un psicólogo de grupo, durante una sesión expresó “El gordo difícilmente cuadra dentro de la dinámica nutritiva familiar”. A través de estas palabras, le hizo llegar al grupo que este es un desafío personal y no familiar.

La realidad del relato grupal cotidiano nos muestra que la dieta se lleva a cabo en la mayoría de los casos, en forma particular, independientemente de la familia. Muy difícil de sostener es para una familia de peso promedio, acompañar al paciente en el día a día de su ingesta calórica de 600Kcal. máximo. La familia en algunas oportunidades realizan un acompañamiento importante, pero el paciente debe comprender que el cambio debe realizarlo él, que su propia relación con la comida es el problema, y que no puede esperar que toda la familia cambie sus hábitos alimentarios en el mismo sentido. Solamente en el relato de una paciente pudo observarse que su pareja (éstos no tenían hijos) la acompañaba en la dieta calórica reducida. El punto aquí fue que su pareja, sin bien no llegaba a ser obeso, ni gordo,

tenía varios kilos de más, y por eso decidió acompañar a su mujer en la dieta y mantenerla en el tiempo. De esta manera la paciente logró un buen nivel de adherencia al tratamiento.

Más allá de algunos casos excepcionales, el acompañamiento familiar debe darse en otro terreno, en este sentido cabe rescatar a Dalle Grave et al (2011) cuando se refiere a la importancia de la contención y de que el paciente reciba palabras de aliento y felicitaciones por los avances en el tratamiento, aunque los autores se refieren específicamente al vínculo terapéutico, es posible pensar que el apoyo familiar bajo la forma de un reconocimiento al esfuerzo que está realizando el paciente es una de las formas más efectivas que puede tomar.

Por otra parte, las pautas de conducta de la familia respecto de la comida muchas veces se ven reflejadas en la heladera del hogar. Si lo normal es que la heladera esté llena, esto se puede volver un obstáculo para el objetivo de mantener una distancia respecto de la comida que plantea el tratamiento. Una paciente relata “para marcar la distancia con la comida, no tengo que abrir la heladera para mirar qué puedo comer, hay que cortar con ese hábito”. En este relato se puede ver como la familia, aun cuando se muestre solidaria con el esfuerzo del paciente, puede aportar factores que inciden indirectamente en el tratamiento del paciente, ya que dependiendo de los alimentos con los que provea la heladera va a ayudar o no a que el paciente mantenga su adherencia al tratamiento.

La misma paciente continua con su relato diciendo “Soy de recibir visitas de familiares que se quedan algunos días en casa. Varias veces vienen con chicos y por eso hay en la heladera cosas que no estoy acostumbrada a comer, intento resistir, acudir a los grupos ya que cuando uno está flojo, la comida entra más fácil. Una estrategia que uso, es primero comer yo y luego que coman los chicos y el resto de la familia”. En este caso se puede observar la forma en que el estilo de vida familiar impacta sobre el tratamiento. Sámano Orozco (2011) incluye los estilos de vida incompatibles con el tratamiento entre las causas probables de abandono. En este caso se trata del estilo de vida familiar, en el cual existen pautas que dificultan el cumplimiento de la dieta prescrita por parte del paciente. El problema en estos casos no es la falta de acompañamiento familiar, sino la existencia de un determinado estilo de vida en la familia que hace que el paciente se encuentre al abrir la heladera de su casa con tentadores alimentos ricos en calorías y grasas; esto llega a ser torturador para él y representa una amenaza para su compromiso con el tratamiento, especialmente en la etapa en la que tiene que hacer un cambio radical en su forma de relacionarse con la comida.

Para superar este obstáculo los pacientes se ven obligados a desarrollar tácticas puntuales. En uno de los casos observados, una paciente relataba que la única forma de lograr la meta calórica, era comprando las viandas que les ofrece la institución y guardándolas en otra heladera más pequeña que había adquirido, para no caer en la tentación de encontrarse con el surtido alimenticio que la espera en la heladera familiar. De esta manera, y al evitar la heladera familiar, encontró la forma para poder llevar a cabo la dieta.

De esta manera se puede apreciar cómo en muchos casos el estilo de vida de la familia puede convertirse en un escollo difícil de sortear para el paciente, ya que la convivencia con otros que no están viviendo su misma problemática y que tienen formas de relacionarse con la comida

cercana a la que representa un problema para él, le plantea situaciones que requieren de un esfuerzo duplicado para combatir el deseo de ingesta calórica. En este sentido, Ravenna (2006) incluye a la familia como un componente fundamental del entorno tóxico que sostiene la relación adictiva del paciente con la comida.

También en otros relatos pudo escucharse diversas situaciones estresoras que surgían a partir del vínculo hogareño, como ser peleas y disgustos, que generan ansiedades en los pacientes que, a su vez, los ponen en situaciones favorables a retornar a una relación negativa con la comida, como refugio de los problemas. Frente a este tipo de situaciones el paciente se puede sentir desbordado y reaccionar casi automáticamente con un “asalto de la heladera”, según las palabras de una de las pacientes. L, comentando acerca de una situación familiar que la llevó a este asalto a la heladera, relató “Me sentí muy angustiada el fin de semana por una discusión que tuvimos con mi ex marido (Divorciada y casada nuevamente). Fue simplemente por la autorización a M (uno de sus hijos) para ir al campamento. Discutí telefónicamente con mi ex porque él no quería autorizarlo a ir y yo sí, entonces sentí que no podíamos ponernos de acuerdo en nada y que cada vez las cosas son más difíciles entre nosotros, y esto me llevo derecho a la heladera”. Al relatar este hecho en el grupo, ella vio que es aquí donde el paciente encuentra la identidad y contención, al recibir palabras de aliento para no quebrar la conducta.

En una entrevista con uno de los terapeutas del grupo, el Licenciado D., se obtuvo un valioso relato acerca de cómo repercute la familia en la adherencia al tratamiento. El terapeuta relató cómo una situación muy similar puede ser utilizada en forma positiva o negativa, dependiendo del paciente. “ Si el gordo es un factor incómodo para la familia y él lo nota, o lo sabe, puede encararlo de dos maneras: En primer lugar el gordo ve muy vapuleada a su persona, pero...¿qué hace con esto? Tuve pacientes que caminaban directamente hacia la depresión, hasta muchas veces refugiándose en la comida. De esta manera retroalimentaba su gordura, ya que se tornaba un círculo vicioso, como una bola de nieve que nunca paraba. Pero también tuve la oportunidad de encontrarme con quienes su propia valoración personal los llevo a duplicar esfuerzos para que su adherencia al tratamiento sea menos vulnerable. Este es un punto en el cual trabajamos mucho en las terapias de grupo y donde también el grupo es un pilar muy importante para el paciente. Ahí encuentra a quienes están en la misma que él, y es también un reforzador de la adherencia”.

6. CONCLUSIONES.

6.1 Resumen del desarrollo.

La obesidad es una enfermedad crónica que dificulta la cotidianidad de la vida y hasta poner en riesgo la vida del paciente. En la actualidad, el ambiente obesogénico se ha visto facilitado a través del acceso y disponibilidad de productos alimenticios procesados e hipercalóricos, sumado a la poca actividad física y sedentarismo, dando como resultado una cultura que favorece conductas que llevan al sobrepeso y la obesidad, como así también a otros trastornos alimenticios. Esta oferta y facilidad de obtención de productos tentadores, es desfavorable para el paciente, ya que se encuentra en una sociedad comercial, que lo desfavorece demasiado. Esta sociedad consumista, “hipercalórica” como le llaman los terapeutas, es uno de los factores que más dificultan el tránsito del paciente obeso por un tratamiento de reducción de peso, y constituye un obstáculo que se le presenta continuamente a lo largo de la carrera por vencer al sobrepeso (Ravenna, 2006).

A través de la observación en los grupos terapéuticos, pudo escucharse relatar a los pacientes cómo el vínculo con el terapeuta y con el grupo son importantes para la adherencia al tratamiento. En el análisis realizado es posible encontrar algunos de estos elementos y observar el impacto positivo o negativo que ellos tienen sobre la adherencia al tratamiento. En términos generales los pacientes desarrollan vínculos fuertes con sus compañeros de grupo y con el terapeuta que coordina el mismo. Estos vínculos resultan de gran ayuda para que ellos puedan cumplir con las pautas dietarias establecidas por el tratamiento, especialmente por la contención que aportan y el efecto sobre la motivación. El cambio en terapeuta que implica un cambio de grupo afecta principalmente a la motivación del paciente, aunque no se registraron casos en que se abandonara el tratamiento debido a estas situaciones.

Como indica Ravenna (2016), en el tratamiento de la obesidad no sólo es necesario eliminar conductas arraigadas en relación con la ingesta de alimentos, sino también es importante lograr un cambio en el estilo de vida del paciente. El modelo de tratamiento apunta a que el paciente pueda realizar un corte con el exceso, al principio a nivel de la conducta, para luego lograr una vinculación diferente con la comida evitando que situaciones ansiógenas disparen una conducta de ingesta compulsiva como respuesta. El autor caracteriza al ser humano como un sujeto de conductas, considerando que éstas pueden ser modificadas o reforzadas a lo largo de la vida del mismo. Para lograr un cambio de conductas que vaya más allá del cumplimiento con la dieta es importante la participación sostenida de los pacientes en los grupos terapéuticos. Los profesionales del centro consideran que esto es clave para que aquellos pacientes que han logrado un descenso de peso hasta el nivel previsto puedan mantener ese logro en el tiempo y no vuelvan a ser víctimas de una relación tóxica con la comida. Ravenna (2006) sostiene que la relación del gordo con la comida, es una relación “tóxica”, caracterizando a la comida como “el objeto-droga”, ya que muchos alimentos generan respuestas adictivas por su consumo. Los pacientes que siguen participando de los grupos de mantenimiento durante un periodo de al menos un año después de haber logrado su peso son los que no vuelven a recuperar el peso perdido. Durante esta difícil etapa el grupo

es un factor ordenador del paciente; allí se tratan los problemas que debe enfrentar a diario y encuentra la contención de sus pares y del terapeuta.

Ravenna (2006) habla de un “entorno tóxico”, destacando en él el lugar que ocupa la familia, que en muchos casos crea condiciones que favorecen la relación adictiva con la comida que los obesos tienen. En este sentido, los estilos de vida familiares pueden llegar a representar un obstáculo para el tratamiento, obstáculo frente al cual es necesario que el paciente desarrolle estrategias eficaces para superarlos. Como establece Martín Alfonso (2014) tan importante para el éxito del tratamiento es la aceptación del diagnóstico y las recomendaciones profesionales, como la búsqueda personal de estrategias para llevar a cabo el mismo de la manera más acorde al modelo aplicado. Los grupos terapéuticos aportan a esta búsqueda, dado que cada nueva estrategia desarrollada por un paciente es compartida en el grupo. De esta manera se ayuda a los pacientes a poseer nuevos recursos de afrontamiento frente a situaciones que encierran un riesgo de recaída.

Por otra parte, el soporte familiar es de gran importancia a la hora de mantener la adherencia al tratamiento. El acompañamiento de los familiares es parte fundamental del apoyo que los pacientes necesitan para sostener la dieta propuesta por la institución. En la mayoría de los casos, cuando la familia alentó el ordenamiento alimentario y conductual del paciente, su camino resultó más transitable y con menos escollos. De cualquier manera el apoyo familiar puede expresarse en un acompañamiento directo en cuanto a los cambios en la forma de alimentación o bien a través del soporte emocional y afectivo, que es importante para la motivación del paciente.

6.2 Limitaciones

Como principal limitación es importante hablar del tiempo de participación en los grupos, ya que no es posible hacer un seguimiento de principio a fin de un tratamiento en el tiempo que nos ofrece la práctica profesional. En muy pocas oportunidades es posible el seguimiento completo del paciente, desde que el mismo ingresa en los grupos de descenso hasta que puede seguir adelante con un nuevo estilo de vida dejando el grupo de mantenimiento. Con esto se podría considerar completado el tratamiento, aunque al tratarse de una enfermedad crónica, podría decirse (como afirma una de las profesionales de la institución en entrevista) que el paciente deberá seguir adhiriendo al espíritu que propone el modelo de tratamiento de por vida.

Otra limitación destacable es la de sólo poder acudir a los grupos como observador, sin poder interactuar con los pacientes, ya que muchas dudas respecto de los relatos de los mismo sólo pueden ser evacuadas una vez terminada la reunión. Tampoco es posible realizar consultas a los profesionales en el momento de la terapia grupal que es donde se ven reflejadas las inquietudes del paciente y las intervenciones espontáneas por parte de los terapeutas. Puede pensarse que en algunos casos los intercambios del grupo podrían haber sido diferentes si estas cosas se hubieran planteado.

También fue difícil el acceso a los pacientes que siguen el tratamiento a distancia. Existe la posibilidad de realizar el mismo a través de un canal de YouTube, donde son subidas las filmaciones de los grupos terapéuticos de forma diaria para que se encuentren al alcance de

todos en forma remota. En cuanto a los pacientes que residen en el interior del país, tienen la posibilidad de acceder a un grupo que se lleva a cabo los sábados por la mañana, con la coordinación del director de la clínica. Poder comprender en profundidad cómo se realiza el tratamiento a distancia resultó dificultoso, ya que los pacientes acuden los días sábados a la clínica y los grupos son masivos, con una gran interacción social de los mismos entre sí. Tener contacto con dichos pacientes, en su mayoría radicados fuera de la Capital Federal hubiese sido muy enriquecedor, ya que los mismos llevan a cabo el tratamiento de una manera muy diferente a los pacientes que lo realizan de forma presencial en la clínica en días de semana. Esto se basa en la imposibilidad de participar en los grupos, de poder contar sus experiencias como así también de recibir el feedback del coordinador y/o de los terapeutas de manera directa a la hora de comentar sus experiencias personales en relación a sus comportamientos para con el tratamiento, ya que sabemos que el grupo es un factor fundamental en la contención y apoyo del paciente en el día a día.

Hubiese resultado muy enriquecedor también poder compartir las reuniones internas de los terapeutas y hasta las reuniones con el Coordinador General de la institución, para poder adentrarnos mejor de la mirada de los mismos, tanto hacia el tratamiento, como hacia los pacientes de forma individual.

6.3 Perspectiva Crítica.

En el centro que fue sede de este trabajo el tratamiento del paciente es encarado en forma multidisciplinar. Es decir, son abordados desde la parte médico clínica por medio de chequeos médicos y estudios sobre su salud al momento del ingreso a la clínica, pasando por un pesaje diario, hasta la parte psicológica a través de entrevista de admisión y continuidad a través de la terapia de grupo, pasando por nutricionistas encargados de la supervisión de sus dietas y hasta por entrenadores físicos quienes organizan caminatas semanales en los lagos de Palermo y también actividad física cotidiana en el gimnasio de la institución. Cuando el paciente llega a la clínica, al iniciar el tratamiento, puede notárselo escéptico de las bondades del mismo. En muchos casos llegan luego de haber intentado por varias vías y dietas y prácticamente en todas las oportunidades sin poder sostener la adherencia a los tratamientos y sintiéndose derrotados por el sostenimiento de las dietas iniciadas. Los coordinadores relatan el arduo trabajo que deben realizar sobre la autoestima del paciente, brindándole herramientas para que puedan tener la convicción acerca de las posibilidades para el buen resultado del tratamiento está en ellos, en su conducta y por sobre todas las cosas en la buena adherencia que puedan desarrollar al tratamiento planteado a nivel personal. Gran cantidad de pacientes comentan que en oportunidades no pueden sostener la dieta en su totalidad, pero el hecho de seguir participando de los grupos los hace incorporar paulatinamente pautas de conducta que implican un cambio en su relación con la comida.

Otro punto a destacar, ya que fue observado con alta frecuencia, es la forma de dirigirse al paciente por parte de los coordinadores. Dicha forma es muy directa y hostil, en muchísimas oportunidades llega a ser ofensivo el trato. La intención declarada de dicha hostilidad es la de hacer sentir al paciente que ha faltado a su compromiso con lo propuesto por la institución y confrontarlo con su problema. Sin embargo, el maltrato en público muchas veces lleva a dejar sin palabras al paciente y genera el llanto del mismo. Este punto podría manejarse de una

manera más cordial, donde el paciente pueda entender los resultados de sus conductas contrarias al plan acordado.

Al tratarse, como se ha dicho, de una enfermedad crónica con cierta similitud con las adicciones, es importante que el paciente comprenda e incorpore las metas a futuro, escalonado los objetivos en pequeñas metas. Esto favorece la motivación al mismo tiempo que evita que el paciente considere logrado su objetivo cuando ha bajado de peso. En este sentido el paciente debe ser consciente que se requiere un cambio de vida en muchos aspectos, tanto personales como sociales y estar totalmente comprometido con ese cambio, asumiéndolo con alto grado de responsabilidad. El entendimiento de que no existe una cura definitiva, sino que es vital apuntar a un cambio de conducta en los hábitos cotidianos, a través de los cuales se llegara a la meta deseada, es el principal ítem que el paciente debe comprender para lograr una adherencia satisfactoria y así poder tener una vida más saludable en cuanto a sus hábitos alimenticios y por ende trasladarlo a su estado de bienestar y salud personal.

En cuanto al marco teórico en que se basa el trabajo de los terapeutas puede decirse que, si bien la mirada es cognitivo conductual y el plan de modificación de conducta se inscribe en el mismo marco, en reiteradas oportunidades las intervenciones de algunos terapeutas sugieren una mirada psicoanalítica, sobre todo en la relación del paciente con la comida, a la que se considera como refugio frente a la angustia que genera la falta en aspectos personales.

6.4 Aporte Personal.

En líneas generales el centro funciona de forma adecuada y la dinámica es correcta. Sin embargo, como una de las profesionales reconoce en entrevista, el porcentaje de adherencia al tratamiento completo es más bien bajo. En muchos casos, los pacientes que comienzan a encontrarse con los obstáculos propios de un tratamiento de este tipo suelen abandonarlo. El porcentaje de abandono del mismo es muy alto y no se detectaron mecanismos para atraer nuevamente al paciente que abandonó el tratamiento.

La existencia de un equipo dedicado a recuperar a aquellos pacientes que han abandonado el tratamiento sería muy bueno, si no para que ellos retomen el tratamiento, al menos para verificar su estado de salud, ya que los pacientes que fracasan en un tratamiento de descenso de peso pueden volver a refugiarse en la comida con mayor intensidad, desarrollando incluso estados depresivos. La posibilidad de permitirle al paciente seguir concurriendo a los grupos aun cuando no cumpla con todos los requisitos del tratamiento podría hacerlo sentir más contenido y quizás evitaría que volviera a la situación previa al inicio del tratamiento.

Grupos más reducidos y organizados por perfiles similares sería de utilidad, ya que en los grupos encontramos una asistencia de elevado número de participantes, de ambos sexos y con gran variedad de edades que van desde adolescentes hasta gente mayor de 65 años. Una joven de 19 años, por ejemplo, presentará problemáticas y formas de vida muy diferentes a la que puede presentar un señor mayor de 70 años. Su relato, puede pensarse, no tendrá la misma utilidad para este último que aquella que tendría la experiencia de un paciente de características similares. Agrupar a los participantes por rangos de edad podría ser de utilidad a la hora de llevar a cabo los grupos terapéuticos. Esto es importante ya que el trabajo grupal es el eje principal de este tratamiento, en el cual la adherencia es vital para el logro de

resultados positivos. La redistribución de los participantes dentro de los grupos puede hacer más dinámica la interacción de los mismos, ya que los códigos generacionales no son los mismos en todos los rangos de edad.

Sería interesante en futuras investigaciones poder comparar los resultados y la adherencia al tratamiento utilizando dos dispositivos diferentes, con dos pacientes de perfiles similares: Un dispositivo grupal convencional, ya conocido, con asistencia diaria manteniendo el esquema propuesto por la clínica, y en simultáneo, un dispositivo personal donde la terapia, el tratamiento y el seguimiento sea individual. De esta manera podríamos observar los beneficios y contras de cada práctica para el logro de las metas propuestas por la institución. Asimismo podrían marcarse más concretamente los beneficios que se atribuyen a la terapia grupal.

7. Referencias bibliográficas

Acharya, S. D., Elci, O. U., Sereika, S. M., Music, E., Styn, M. A., Turk, M. W., & Burke, L. E. (2009). Adherence to a behavioral weight loss treatment program enhances weight loss and improvements in biomarkers. *Patient Preference and Adherence*, 3, 151–160.

Arrebola Vivas, E., López Plaza, B., Koester Weber, T., Bermejo López, L., Palma Milla, S., Lisbona Catalán, A. & Gómez-Candela, C. (2013). Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria. *Nutrición hospitalaria*, 28(5), 1530-1535. DOI: 10.3305/nh.2013.28.5.6781

Atalah, E., Urteaga, C. & Rebolledo, A. (1999). Patrones alimentarios y de actividad físicos en escolares. *Revista Chilena Pediátrica*, 70(6). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-1061999000600005&lang=pt.

Bautista-Castaño, I., Molina-Cabrillana, J., Montoya-Alonso, J. A. & Serra-Majem, L. (2004). Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of Spanish subjects. *International Journal of Obesity*, 28, 697–705.

Brosens, C., Terrasa, S., Ventriglia, I., & Discacciatti, V. (2015). Factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento de la obesidad en un dispositivo grupal: estudio exploratorio. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 12(2), 13-20.

Candelaria Martínez, M., García Cedillo, I. & Estrada Aranda, B. D. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 32-39.

Cañamares, E. (2002). *¿Por qué no puedo adelgazar?: Causas Psicológicas de la Obesidad*. Madrid: Algaba.

Conthe, P., Márquez Contreras, E, Aliaga Pérez, A., Barragán García, B. Fernández de Cano Martín, M. N, González Jurado, M., Ollero Baturone, M. & Pinto, J. L. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española*, 214(6), 336-344.

Cormillot, A. (2008). *El sistema C para adelgazar*. Buenos Aires: Grupo RCA.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Centis, E., El Ghoch, M. & Marchesini, G. (2011). Cognitive-Behavioral Strategies to Increase the Adherence to Exercise in the Management of Obesity. *Journal of obesity*, 11. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/47680074_Cognitive-Behavioral_Strategies_to_Increase_the_Adherence_to_Exercise_in_the_Management_of_Obesity. DOI: 10.1155/2011/348293.

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejoras. *Atención Primaria*, 41(6), 342-348.

Farooq S, Naeem F (2014) Tackling nonadherence in psychiatric disorders: current opinion. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1069–1077.

Ferrante, D., Linetzky, B., Konfino, J., King, A., Virgolini, M. & Laspiur, S. (2011). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(6), 34-41.

González, L. I., Giraldo, N. A., Estrada, A., Muñoz, A. L., Mesa, E., & Herrera, C. M. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Revista chilena de nutrición*, 34(1), 46-54.

Haynes, RB. (1979) *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press.

Kronenberg, W. (2009). *Tratado de Endocrinología*. Barcelona: Elsevier.

Lorence Lara, B. (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de psicología*, 26(1), 51-68.

Martín Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4) Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&tlng=es.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Adherencia a los tratamientos de largo plazo. Evidencias para la acción*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2016). *Obesidad y Sobrepeso*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Mundial de la Salud (2003). *El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura*

Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>

Ramos Morales, L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista cubana de angiología y cirugía cardiovascular*, 16(2), 175-189.

Ravenna, M. (2006). *La Telaraña adictiva*. Buenos Aires: Zeta Bolsillo.

Rodríguez Acelas, A. L. & Gómez Ochoa, A. M. (2010). Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Avances en enfermería*, 23(1), 63-71.

Rodríguez Biglieri, R & Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.

Salinas Cruz, E. & Nava Galán, M. G. (2012). Adherencia terapéutica. *Enfermería Neurológica*, 11(2), 102-104.

Sámano Orozco, L. F. (2011). Abandono del Tratamiento Dietético en Pacientes Diagnosticados con Obesidad en un Consultorio Privado de Nutrición. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 31(1), 15-19.

Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Treatment adherente: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 85-92.

Seijas, D., & Feuchtmann Sáez, C. (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín Escuela de Medicina*, 26, 38-41.

Setién A. & Escalante C. (2010). *La obesidad y sus complicaciones*. Cantabria: Universidad de Cantabria.

Silva, G., Galeano E., & Correa J. (2005). Adherencia al tratamiento, Implicaciones de la no adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.

Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2010). Guía práctica para el manejo de la obesidad en el adulto. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000302cnt-2013-11_gpc_obesidad-2013.pdf

Thompson, L. & McCabe, R. (2012). The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12, 87-99.

Torresani, M., Maffei, L., Squillace, C., Belén, L., & Alorda, B. (2011). Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *Diaeta (B. Aires)*, 29(137), 31-38.

Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331–342.