

# **Universidad de Palermo**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Obstáculos en la adherencia terapéutica en las distintas etapas del tratamiento cognitivo conductual de la obesidad

## **Trabajo Final Integrador**

Alumno: Leonardo Bentancor  
Legajo: 7379  
Email: lfbentancor@gmail.com  
Tutor: Claudia Garber

## Índice

1. Introducción .....	3
2. OBJETIVOS .....	4
2.1. Objetivo General .....	4
2.2. Objetivos Específicos .....	4
3. MARCO TEORICO. ....	5
3.1.1 Definición, Diagnostico y Clasificación .....	5
3.1.2 Etiología .....	7
3.1.3 Epidemiología .....	10
3.2 Tratamiento Terapéutico de la obesidad.....	11
3.2.1. Modelo Cognitivo Conductual en el tratamiento de obesidad.....	12
3.2.2. Dispositivo Grupal del tratamiento .....	14
3.2.3. Dinámica de etapas en el tratamiento .....	15
3.3 Adherencia Terapéutica e implicancias .....	17
3.4. Obstáculos en la adherencia el tratamiento de Obesidad .....	20
3.4.1. Obstáculos Personales.....	20
3.4.2. Obstáculo Terapéutico. ....	22
3.4.3. Obstáculos Asistenciales.....	23
4. METODOLOGIA .....	24
4.1 Diseño .....	24
4.2 Participantes .....	24
4.3 Instrumentos.....	25
4.4 Procedimiento .....	25
5. DESARROLLO.....	25
5.1. Presentación Institucional .....	25
5.2. Describir cuáles son los obstáculos de la adherencia terapéutica, percibidos por los pacientes en los grupos de descenso. ....	26
5.3. Describir cuáles son los obstáculos en la adherencia terapéutica, percibidos por los terapeutas en los grupos de descenso.....	29
5.4. Describir cuáles son los obstáculos de la adherencia terapéutica, percibidos por los pacientes en los grupos de mantenimiento.....	32
5.5. Describir cuáles son los obstáculos de la adherencia terapéutica, percibidos por los terapeutas en el grupo de Mantenimiento. ....	34
6. CONCLUSIONES.....	37
6.1. Limitaciones.....	38
6.2. Perspectiva Crítica .....	38
6.3. Aporte personal.....	39
7. REFERENCIAS .....	40

## 1. Introducción

En el marco de la materia práctica profesional se realizó la participación en grupos y talleres terapéuticos, a partir de estas observaciones surgió el interés por analizar cuáles son los obstáculos que perciben los pacientes y los terapeutas que no permiten una correcta adherencia en las distintas etapas del tratamiento.

La observación no participante se realiza en una institución dedicada al tratamiento de la obesidad y otros desórdenes alimentarios y su principal objetivo es la modificación de hábitos nocivos relacionados con el vínculo de la comida.

El método de esta institución brinda un sistema coherente, contenedor y continuo, donde la intención es la comprensión y la modificación de conductas relacionadas con los hábitos alimenticios, lo cual representa un gran esfuerzo para este tipo de pacientes. Este esfuerzo se relaciona con obstáculos personales, asistenciales y terapéuticos de las personas en tratamiento que en buena medida, estarían determinando las probabilidades de éxito y fracaso del mismo.

El tratamiento en obesidad que brinda la institución se desarrolla siguiendo un marco teórico propio de la terapia cognitivo conductual y consta principalmente de las etapas descenso, mantenimiento y su dinámica de interacción. En la primera el paciente ingresa a los grupos de descenso buscando afianzarse en el método de terapia grupal y en la creación de hábitos saludables que le permitan llegar a tu peso adecuado. En la segunda etapa se realizan intervenciones netamente cognitivas, las cuales buscan continuamente las reformulaciones adecuadas para sostener los aprendizajes conductuales logrados en la fase de descenso y sostener los nuevos hábitos saludables. Si el paciente no logra sostener su peso dentro de la etapa de mantenimiento, retorna a la fase anterior para reforzar la conducta aprendida en descenso.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Describir los obstáculos a una correcta adherencia terapéutica en grupos de descenso y mantenimiento en el tratamiento de la obesidad.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Describir cuales son los obstáculos en la adherencia terapéutica, percibidos por los terapeutas en los grupos de Descensos.

2. Describir cuales son los obstáculos de la adherencia terapéutica, percibidos por los pacientes en los grupos de Descenso.

3. Describir cuales son los obstáculos de la adherencia terapéutica, percibidos por los terapeutas en el grupo de Mantenimiento.

4. Describir cuales son los obstáculos de la adherencia terapéutica, percibidos por los pacientes en los grupos de mantenimiento.

### **3. MARCO TEORICO.**

#### **3.1.1 Definición, Diagnostico y Clasificación**

La obesidad es definida por la Organización Mundial de la Salud como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Este exceso es causado por el desequilibrio entre el contenido calórico correspondiente a la ingesta de alimentos y el gasto energético metabólico por la actividad física diaria, acumulación que se sitúa en el tejido adiposo. Se presenta como característica de las sociedades industrializadas y en desarrollo, donde además los ofrecimientos tecnológicos aportan a la reducción de la actividad física (OMS, 2015).

Si este exceso es prolongado en el tiempo se propicia la aparición de disfunciones metabólicas, que en interacción con factores ambientales, psicológicos, culturales y fisiológicos contribuyen a la generación factores de riesgo (Ravenna, 2006).

Actualmente Bersh (2006) define a la obesidad como una enfermedad multifactorial, donde los factores genéticos, metabólicos y conductuales son los más influyentes. Gil (2008) sostiene que la obesidad es una enfermedad crónica y metabólica de múltiples causas donde la genética, factores ambientales, socioeconómicos y conductuales interactúan generando un entramado complejo que predispone a la génesis de la enfermedad.

La antropometría por medio de conocimientos y o proporciones que definen la obesidad permite describir el estado nutricional y la detección de riesgos para la salud, especialmente de enfermedades crónicas como la obesidad y el sobrepeso (Cormillot, 2015). Según la Organización Mundial de la Salud (2015), la forma de calcular el grado de obesidad es a través del índice de masa corporal (IMC). Este índice se compone por el resultado de la división del peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros. Del resultado aritmético se obtienen las siguientes categorías: Se considera con sobrepeso a un sujeto con un IMC entre 25 y 29,9 Kg/m<sup>2</sup>, un IMC mayor o igual a 30 indican obesidad, dentro de la cual pueden distinguirse tres grados según el valor de este indicador. Obesidad tipo I (IMC entre 30 y 34,9), tipo II (entre 35 y 39,9) y tipo III o mórbida (IMC de 40 o superior).

A pesar de la extensión del uso del IMC para determinar la presencia de sobrepeso y obesidad no se trata de un indicador universal, ya que la relación entre la cantidad de tejido adiposo y el IMC no es simétrica, esta puede variar con el grupo étnico, la edad y el sexo

(Ravenna, 2004). Dentro del ámbito clínico el IMC tiene algunas limitaciones en consideración a la masa muscular, puede sobreestimar la grasa corporal en personas de contextura atlética y subestimarla como en el caso de personas ancianas (Vilallonga, Repetti & Delfante, 2008). Por lo tanto se debe incorporar la herramienta antropométrica de la circunferencia abdominal (CC) para complementar el diagnóstico ya que posee un alto valor predictivo en factores de riesgos asociados a las deficiencias del IMC (Katz et al., 2008).

En mujeres debe medir entre 80 y 88cm y en hombres entre 95 y 102cm.

Existen técnicas de laboratorio bastante exactas para valorar el porcentaje de grasa corporal como la resonancia magnética nuclear, la densitometría, de impedancia eléctrica, la tomografía axial computarizada (TAC), medición de potasio 40, absorciometría dual (DEXA). Pero como estos métodos necesitan materiales altamente especializados y caros no son para el ámbito clínico nutricional (Vilallonga et al; 2008).

Según Cormillot (2015) dentro de los parámetros de obesidad existen dos categorías clasificatorias en relación de la distribución de grasa corporal:

1. Obesidad androide: mayor concentración de grasa en la zona abdominal y menor en las otras partes del cuerpo. Es más frecuente en los hombres y mujeres en postmenopáusicas, es la de mayor riesgo de sufrir infarto, aterosclerosis y cáncer de colon y próstata en el hombre, y de mama y útero en la mujer, por la ubicación de la grasa en cercanía de órganos importantes (corazón, hígado, riñones, etc.).
2. Obesidad ginecoide: menor concentración de grasa en la zona abdominal y mayor en la cadera, los glúteos y los muslos. Es más frecuente en las mujeres y tiene menos riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

En la actualidad se considera que un IMC leve o sobrepeso y la medida CC mayor a 102 cm esta asociado como un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, dislipidemia y diabetes tipo 2. Si el IMC es elevado es factor de riesgo de enfermedades crónicas tales como diabetes, artrosis, hipertensión arterial (HTA), enfermedades cardiovasculares y cáncer de endometrio, mama y colon. Una morbilidad relacionada directamente al aumento del tejido adiposo es la apnea del sueño, obstrucciones intermitentes de las vías respiratorias y sueño irregular (Cormillot, 2015).

### 3.1.2 Etiología.

En las últimas décadas la perspectiva médica ha pensado a la obesidad como producto de distintas deficiencias orgánicas. En los años 50' la obesidad se adjudicaba a las glándulas tiroides, en los 70' al mal funcionamiento de la psiquis, y, luego, al metabolismo lento (Ravenna, 2006).

Comúnmente se piensa a la obesidad como un factor hereditario, existen estudios en familias, gemelos, y estudios de adopción que apoyan un componente genético sustancial para la obesidad común donde se estima que entre el 40% y el 75% de la variación en el índice de masa corporal puede atribuirse a factores genéticos (Tusie, 2008). Este porcentaje indica una predisposición que no es determinante.

Con los avances de la tecnología e investigación genética se han encontrado las distintas funciones de los genes y sus interacciones. Se conocen que existen diferentes genes que afectan el apetito, la sensación de saciedad, el metabolismo, el almacenamiento de grasa y el peso corporal, generando una susceptibilidad al aumento de peso. En la actualidad se consideran tres modelos etiológicos genéticos para la comprensión de la obesidad: monogénica, poligénica y sindrómica (también llamada monogénica sindrómica). La obesidad monogénica, se debe a un solo gen disfuncional adquirido naturalmente y es a la vez severa y tiene características de obesidad precoz, obesidad mórbida y patrones de transmisión hereditarios. La obesidad sindrómica tiene que ver con fenotipos muy puntuales como en las enfermedades de Prader Willi, Barder-Biel o síndrome de Coher presentan mutaciones en ciertos cromosomas que juegan el papel en la metabolización de la insulina. La obesidad poligénica consiste principalmente en la consecuencia de la existencia de mutaciones y polimorfismos genéticos en los genes relacionados con la obesidad debido a su papel en la homeostasis energética, por ejemplo la regulación de la ingesta, gasto energético o del metabolismo de lípidos y glucosa (Gallego, Gonzalez & Perez, 2003).

Cormillot (2012) enuncia que existen varios tipos de genes que cuando están activados pueden influir en la predisposición a engordar. Menciona el gen glotón FTO que se encarga de regular las preferencias alimentarias hacia los dulces y las grasas y a su vez, menciona el gen perezoso SLC3503 que incide en la tendencia a la quietud. El gen Ob (Tusie, 2008) es el encargado de codificar la proteína Leptina en las células adiposas. Su principal función es la regulación del apetito y aumento de actividad metabólica, su síntesis depende del porcentaje de grasa corporal, del sexo, edad. Cuando esta proteína se encuentra

en deficiencia la función reguladora del hipotálamo no se hace presente en los procesos del cerebro y este no transmite las señales reguladoras esperadas por el sistema nervioso central por lo tanto no se realiza la metabolización del caudal energético incorporado, llevando así a la persona a ciclos de consumo exagerado de alimentos (Gallego, Gonzalez & Perez, 2003).

La obesidad en si misma puede presentarse como un patrón de herencia compleja, donde los factores de susceptibilidades genéticas pueden ser moduladas por factores ambientales (Tusie, 2008). Sin embargo estas forman parte de una predisposición no una determinación.

Los aspectos metabólicos de la obesidad implican complejas interacciones neurofisiológicas y endocrinas involucradas en la regulación de la energía corporal (Bersh, 2006). El metabolismo favorece la conservación del peso corporal y se opone a la pérdida de éste a través de ajustes metabólicos que conducen a recuperar la homeostasis. Cormillot (2012) detalla que las personas con obesidad tienen una tasa metabólica basal menor que las personas con peso estable. En la obesidad se daría la combinación de una mayor dificultad de gastar calorías, el aumento de células del tejido adiposo y la facilidad para almacenar grasa.

La teoría del adipocito postula la existencia de periodos críticos para la reproducción de las células adiposas. En estos se produce una hiperplasia un aumento anormal del tejido adiposo, a partir de esta teoría se explica la permanencia de la obesidad durante la vida adulta de individuos que habían sido niños o adolescentes obesos. Según Ravenna (2006), las células adiposas se reproducen en la infancia y en la pubertad. Durante la infancia, se producen las marcas que incidirán en el futuro peso y, aunque se puede mantener o adelgazar, existirá cierta tendencia.

Dentro de los factores ambientales se encuentra la sobreoferta de productos ricos en carbohidratos refinados y grasas saturadas lo que producen un mayor aporte calórico que el requerido normalmente (OMS, 2015). Si bien la ingesta en pequeñas dosis no es dañina, estos productos están desarrollados especialmente para dejar marcas psíquicas con sabores intensos y adictivos logrados por medio de azúcares y colorantes. Ravenna (2006) enuncia que la generación de una persona obesa en factores ambientales es la combinación de una necesidad falsa que convierte un entorno en tóxico, la estructura alimentaria deficiente, el consumismo, el desarrollo, el progreso y la globalización llevaron al crecimiento del

problema de la obesidad. Otro factor ambiental estudiado por Cabello y Zúñiga (2007) se relaciona con los eventos de vida estresantes, donde se emplea la comida como refugio para compensar frustraciones, necesidades y temores. También se agregan los hábitos alimenticios familiares que operan como un fuerte detonador de la obesidad.

Con respecto a los factores psicológicos que se consideran relevantes Zukerfeld (2011) describe a la obesidad como una serie de alteraciones energéticas, esquema corporal, conductas como omnipotencia, inhibición, impulsividad que sostiene un equilibrio psicofísico patológico.

Según Ravena (2006) uno de los factores psicológicos es una personalidad adictiva, la cual hay que comprender como la consecuencia de un ambiente toxico sobre la persona, donde se vive siempre en tensión con los elementos externos que desbordan y la única respuesta es tener una conducta que busque la inmediatez de la descarga de esa tensión. El circuito psicológico de base a la personalidad adictiva es quietud, estrés, consumo e inmediatez, quietud. Bajo este circuito se genera una constelación de características emocionales y conductuales como la falta de límites, baja autoestima, miedo, irritabilidad, perfeccionamiento, pánico, entre otras que favorecen una y otra vez reanudar el ciclo. La persona con esta personalidad adictiva es un sujeto que quiere pero no puede básicamente. No puede salir de esta conducta instaurada que necesita el objeto en cuestión que llene o termine con esa sensación de estrés psicológico, es preso de este vínculo. En el caso de la obesidad ese objeto es la comida.

De manera similar Zukerfeld (2011) describe que existen dos conductas bien identificables como adictivas en las personas con obesidad. Primeramente el paciente come pero no le interesa dejar de hacerlo, posee impulsos irrefrenables donde se conjugan la urgencia, irresistibilidad y pérdida del control, suelen ser momentos de gran búsqueda de placer y/o sedación de algún dolor o vacío interno. La segunda conducta es de ingesta irrefrenables pero con conciencia de la misma y la existencia de una lucha interna de querer de dejar de comer pero no puede después sobreviene el dolor psíquico que se manifiesta como culpa o vacío.

La Asociación de Psicología América (APA) publicó un estudio longitudinal de 50 años donde Sutin et al. (2011) publicaron de acuerdo al modelo de la personalidad Big Five donde estudiaron los rasgos característicos en pacientes con desordenes alimenticios, obesidad y síndromes metabólicos. Reportaron que los rasgos más característicos de los

pacientes con obesidad fueron impulsividad, altos grados de neuroticismo (desequilibrio emocional) y baja responsabilidad en lo que concierne al conocimiento y registro de su cuerpo.

Cristobo (2011) resalta el rasgo fundamental de la conducta adictiva que es la compulsión y observa que ese rasgo se mide en términos de las consecuencias que tiene este hábito en la pérdida del control del individuo.

### **3.1.3 Epidemiología**

En los últimos años el crecimiento e incidencia de la obesidad a nivel mundial ha llevado a ser catalogada como la epidemia del siglo XXI y ha generado diferentes alternativas de tratamiento, estudios e investigaciones. Según Gil (2008) la obesidad ha incrementado su prevalencia en las últimas décadas en todos los sectores socioeconómicos y niveles educativos, independientemente de raza, sexo o edad.

La Food and Agriculture Organization of the United Nations (2014) en un estudio de sobrepeso y obesidad, las declara como las principales causas de muerte en el mundo. Alrededor de 3,4 millones de adultos mueren cada año por estas enfermedades, y se considera que el 44% de pacientes con diabetes, el 23% de pacientes con enfermedad isquémica del corazón y entre el 7% y el 41% de pacientes con cáncer, son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. También se recomienda que la detección y diagnóstico se tome en cuenta para el desarrollo de políticas de estado en atención primaria.

Según los cálculos de la OMS (2015) para los años 2020-2025 se proyectan cifras de obesidad médica que afectarán al 50% de la población total, pudiendo llegar a ser, con estas tendencias actuales, la totalidad de la población mundial obesa en el año 2230.

En Argentina según Katz et al. (2013) el primer relevamiento de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR, 2005) reveló que el 49,1% de la población general presentaba exceso de peso, compuesto por un 35,4% de sobrepeso y un 14,6% de obesidad. En la segunda encuesta (ENFR, 2009), se observó un exceso de peso en más de la mitad de los argentinos (53,4%), siendo la prevalencia de sobrepeso del 35,4% y la de obesidad del 18,0%. En la tercera encuesta (ENFR, 2013) se encontró que el 57,9 % posee sobrepeso u obesidad de 37,1 % de sobrepeso y 20,8 % de obesidad.

En la actualidad un informe de la FAO (2017) para la región de Latinoamérica y el Caribe reportó que el 9,9% de los niños menores de cinco años en la Argentina tienen sobrepeso. En comparación con otros países de la región, el país se ubica con el mayor porcentaje, al que le siguen Chile (9,5%), México (9,0%) y Bolivia (8,7%).

### **3.2 Tratamiento Terapéutico de la obesidad**

De acuerdo al consenso de la Asociación Argentina de Nutrición (Katz et al, 2013) los pasos a seguir son tomar las medidas antropométricas adecuadas propuestas por American Heart Association (AHA) y el National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) diseñadas en el año 2000 como parte de una guía estándar para la identificación, evaluación y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos.

Un individuo tiene indicación médica de bajar de peso cuando presenta, un IMC mayor a 30 o un IMC entre 25 y 29.9 con la existencia de al menos dos factores de riesgo metabólicos. Además de medidas de circunferencia de la cintura mayor a 88 cm si es mujer o 102 cm si es varón y la existencia de al menos dos factores de riesgo metabólicos. Cada individuo tiene una historia familiar, social, cultural, psicológica y factores genéticos donde es importante la detección de los factores de riesgos ambientales e historial asociado de intentos de descensos anteriores para prescribir los lineamientos más adecuado para su tratamiento. En esta instancia Vilallonga et al. (2008) resaltan la importancia de identificación de los distintos factores que ayudan a sostener el sobrepeso o la obesidad para comenzar a delimitar las acciones multidisciplinarias en el tratamiento donde la detección de eventos tales como divorcio, nueva pareja, pérdida del trabajo, nacimiento de un hijo o pérdida de un familiar resultan vitales para tener en cuenta en el énfasis del tratamiento.

Las pautas determinadas por Cormillot (2012) para un plan de tratamiento en obesidad es la realización de los siguientes puntos.

- Un plan dietético equilibrado, adecuado, individualizado.
- Un tratamiento médico, psicosomático y psicológico individual.
- Un plan de atención grupal y familiar que incluye diversas técnicas de abordaje.
- Un plan adecuado de actividad física.
- Un plan de vida. (Especialmente en etapa de mantenimiento).

En muchos casos las intervenciones dieto terapéuticas convencionales de descenso fracasan ya que las personas obesas encuentran más fácil disminuir la ingesta dietética que

aumentar la actividad física para inducir un balance energético negativo. Por esta condición se debe hacer seguimientos continuos y modificar los planes dietarios adecuadamente si es necesario. Es preferible realizar un plan alimentario que sea capaz de conservarse en el tiempo y cuyos resultados se observen a largo plazo, que una dieta que produzca cambios bruscos por lo tanto difícil de sostener (Katz et al., 2013).

Ravenna (2004) establece que los ejes principales de la terapia en la obesidad es la focalización en la adquisición en estrategias para promover y mantener nuevas conductas saludables para neutralizar el sedentarismo, así como la baja autoestima. De manera similar Katz et al. (2013) enfatizan el objetivo central de un tratamiento en obesidades es la adopción de pautas saludables, manteniendo un estilo de vida físicamente activo, mejorando el patrón de ingesta de macro como en micronutrientes y en los casos en que corresponda, modificar el vínculo con la comida.

Los enfoques psicoterapéuticos originalmente se enfocaron en programas de modificación conductual que están basados en una serie de supuestos relativos referidos a los hábitos en la conducta de la ingesta (Bersh, 2006). La terapia del comportamiento basa su constructo teórico en que la conducta, tanto la adaptada como la inadaptada, es aprendida y, por tanto, los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden ser utilizados y aplicados en la práctica clínica. En la actualidad las investigaciones con respecto a la efectividad de los programas puramente conductuales han revelado algunas características que se deben tener en cuenta en los programas de obesidad. La tasa de abandono del tratamiento es un 15%, más baja que los tratamientos clásicos (dieta, fármacos y ejercicio físico). No produce reacciones emociones negativas como efecto colateral indeseable y la pérdida media al final del tratamiento es de 5 kg similar a los tratamientos clásicos. Según García Grau (1996), la eficacia de un programa conductual 5 años después de terminar el tratamiento, indica que los sujetos recuperan el 72% del peso perdido, por lo tanto en términos generales no se puede hablar de una etapa de mantenimiento exitoso.

### **3.2.1. Modelo Cognitivo Conductual en el tratamiento de obesidad**

Ante las fallas en los tratamientos conductuales tradicionales se fueron desarrollando propuestas cognitivo-conductuales, combinando los métodos tradicionales con reestructuración cognitiva, cambio de actitudes y prevención de las recaídas (Ravenna, 2006). Las terapias cognitivo conductuales destacan la importancia de las cogniciones, tanto en el origen de las alteraciones psicopatológicas como en el procedimiento de cambio

terapéutico. El concepto cognición incluye ideas, constructos personales, expectativas, atribuciones, imágenes y creencias. El modelo cognitivo considera que el sujeto funciona como un sistema de procesamiento y para explicar el funcionamiento de este existe el Paradigma de procesamiento de la información, que está conformado por los siguientes tres componentes: esquemas, procesos y productos. El esquema es una organización funcional de conocimientos que interactúa con la codificación, la comprensión, el recuerdo y el procesamiento de la información. A partir de estos se puede determinar la forma como se interpreta y se reacciona a los estímulos externos o internos del individuo. Los procesos cognitivos son las reglas de transformación a través de las cuales los sujetos seleccionan del medio la información a ser gestionada internamente para operar con la realidad de las situaciones que los convoca. Los productos son todas las cogniciones, afectos, emociones, conductas y respuesta fisiológicas generadas a partir de las etapas anteriores que servirán para la interacción del sujeto con el mismo como con el ambiente (Caballo, 1997).

En la actualidad el modelo cognitivo Conductual se considera el más apto para el tratamiento de la obesidad (Painot et al, 2001).

En relación a los trastornos de alimentación, las operaciones cognitivas se fundan en el esquema de procesamiento automático de pensamientos distorsionados como mensaje que genera y mantiene el ciclo de errores cognitivos. Aguilera (2009) enuncia en el caso de los individuos en tratamiento de obesidad presentan distorsiones cognitivas como el pensamiento dicotómico "bella o fea", maximizando los aciertos del otro y minimizando los propios conformando un filtro mental negativo. La sobre generalización y el pensamiento supersticioso se manifiesta como confirmatorio de una charla interna, esta aparece como atención selectiva y generalización de los eventos. De esta manera se conforma cierta inestabilidad emocional característica del trastorno donde da lugar a emociones como ansiedad, enfado, desesperación, ira, vergüenza, impotencia, y tristeza. De esta manera, Ravenna (2016) plantea que el desafío es tanto para los terapeutas como para los pacientes y radica no solo frenar un determinado comportamiento sino en modificar el sistema de creencias para así enfrentar de una manera diferente los problemas y poder construir un nuevo estilo de vida.

La tarea principal, detallan Painot et al. (2001), consiste en solicitar al paciente que observe primero su conducta, pensamientos y sentimientos y sus relaciones con sus hábitos alimenticios, posteriormente pone el acento en "qué debería cambiar y cómo puedo hacerlo", de modo que permita buscar otras alternativas más beneficiosas que puedan ponerse en práctica en su vida diaria. Algunas de las intervenciones más comunes son técnicas de autocontrol, focos de trabajo, identificación de pensamientos disfuncionales

errores cognitivos, búsqueda de soluciones alternativas, técnicas de distracción, relajación, programación de actividades y seguimiento (Vilallonga et al., 2008).

### **3.2.2. Dispositivo Grupal del tratamiento**

Un estudio divulgado por la Asociación Española de Pediatría (AEP) en el año 2007 (Bonnet Serra et al., 2007) comparó la eficacia entre un dispositivo terapéutico grupal y uno individual y encontraron mayores niveles de eficacia percibida por los participantes que formaron parte del dispositivo grupal, llegando así a la conclusión que la terapia grupal es mas efectiva en el tratamiento de la obesidad que la individual. Otra evidencia que detalla Hidalgo y Gottlieb (2001) sobre la efectividad en tratamientos de obesidad es que en el grupo se provee empatía, apoyo social, además de una dosis saludable de competitividad, consiguiendo en el paciente importantes modificaciones del estilo de vida.

Según Zukerfeld (2011) la experiencia grupal funciona en relación a tres condiciones fundamentales: 1) la existencia de identificaciones y una narrativa testimonial compartida, 2) la construcción de un ideal explicito que se refleja en las propuestas. 3) estrategias de cambio y la posibilidad de expresión emocional. El dispositivo grupal es el que da el tratamiento, opera cuando es el escenario donde se ponen en juego distintas preguntas, donde el sujeto queda afectado por lo que se dice y por lo que se escucha de lo que a otros les pasa (Cristobo, 2011).

La diferencia entre un grupo terapéutico y uno de autoayuda, radica en que el terapéutico es precedido o coordinado por profesionales de la salud, nutricionistas, médicos o psicólogos. El coordinador esta ubicado en el lugar de ideal a seguir, indica lo que se debe hacer y lo que no, por lo tanto borra las diferencias individuales, identifica a los miembros con el grupo y crea una relación fraternal que delimita y ordena. De esta manera el motor del grupo logra levantar el anclaje individual, moviliza fuerzas inherentes de la técnica grupal que ayuda a los pacientes a correrse de la posición de victima inicial, de pasividad frente a la enfermedad (Ravenna, 2016)

Es importante seleccionar a los pacientes que puedan participar en este tipo de tratamiento, ya que la dinámica se apoya en el intercambio continuo entre ellos. Donde se comparten vivencias y experiencias con sus pares en busca de intercambios productivos para el grupo de tal manera se facilita el sentimiento de contención y pertenencia al mismo, en

consecuencia un mayor control y seguimiento con respecto a su tratamiento. Ravenna (2006) considera uno de los factores más importantes a considerarse en los grupos terapéuticos, es que los pacientes intenten no reproducir en ese ámbito las conductas frecuentes de su vida, los caprichos, la intolerancia, la ansiedad, la obsesión, la negación son actitudes muy negativas y obstaculizar profundamente la dinámica.

Vilallonga et al. (2008) detallan las actividades que se pueden realizar durante las reuniones son las siguientes:

- control de peso
- los pacientes comentan las vivencias de la semana con respecto a sus logros y dificultades
- se evalúan los recordatorios de comida
- se realiza educación alimentaria
- se trabaja la imagen corporal
- se conversa sobre los disparadores emocionales que influyen en los hábitos alimentarios
- se educa en el cambio de hábitos y estilo de vida
- se incentiva la actividad física desde lo terapéutico.

### **3.2.3. Dinámica de etapas en el tratamiento**

El tratamiento del sobrepeso y la obesidad posee dos etapas diferenciadas: descenso y mantenimiento del peso corporal (Katz et al., 2013). En la etapa de descenso se busca que el paciente modifique sus hábitos alimenticios restringiendo la ingesta calórica y la incorporación de actividad física. Las prescripciones dietarias encontradas en los tratamientos en obesidad se basan en los principios de reducción de calorías y el balance de macronutrientes (Vilallonga et al., 2008). Dentro los principales tratamientos nutricionales se encuentran las siguientes:

- Dieta de Balance Negativo: Se utiliza la restricción diaria de 300 a 500 Kcal diarias.
- Dieta Hipocalórica Balanceada 1200 a 1500 Kcal/ día.
- Dieta Semáforo por su división de verduras, cereales y carnes o las llamadas Low Calories de 900 a 1300 Kcal/día.
- Dieta Proteica y baja en carbohidratos.
- Dieta Very low Calories dieta tipo Atkins de 600 a 800 Kcal/día.

Dentro de las prescripciones en cualquiera de las dietas Katz (2013) recomienda no sobrepasar una pérdida del 5-10% del peso inicial y deberá ser alcanzada en un período de 6 a 12 meses. La velocidad del descenso no debe ser mayor al 1% del peso actual por semana para favorecer una correcta adherencia terapéutica. Luego de seis meses de pérdida de peso, el ritmo de descenso disminuye y luego se detiene. En este momento es de suma importancia instaurar las estrategias necesarias para motivar al paciente y lograr el mantenimiento del peso (Cormillot, 2005). Una vez que se llegó al peso objetivo establecido al iniciar la etapa de descenso, mantenerlo se convierte en el principal desafío (Cristobo, 2011).

Zukerfeld (2011) afirma que el tratamiento debe poseer amplitud para promover el reemplazo de la avidez por la comida por otros objetos suplenes más gratificantes, para esto se debe comprender el valor de la comida en la obesidad tiene categoría de sustancia de objeto. Principalmente este cambio se debe dar en la etapa de mantenimiento donde se separa de la estricta fijeza a la etapa conductual para darle paso a una etapa puramente psicoterapéutica. En esta etapa Cristobo (2011) explicita el eje director es la singularidad que interroga por el estado de delgadez al individuo. Dentro de esta singularidad se debe incorporar lo que se llama proyecto de vida donde la realización de actividades favorece el cambio de hábitos u objetos gratificantes que favorecen al ámbito obeso génico.

Dentro de los parámetros nutricionales, Levine et al. (2007) establecen que la oscilación normal en una etapa de mantenimiento corresponde la variación de más 2 kg o menos 2kg del peso estipulado normal a cada individuo. Cuando se supera el límite superior pautado por las indicaciones nutricionales es importante que vuelva a reforzar la conducta aprendida en la etapa de descenso, ya que existe una predisposición metabólica al engorde (Ravenna, 2004).

Con respecto a la perdurabilidad en el tiempo un mantenimiento de peso exitoso se define como una ganancia de peso menor de 3 kg en dos años, y una reducción sostenida en la circunferencia de la cintura de al menos 4 cm. Como la posibilidad de recuperar el peso perdido en el tratamiento es muy alta posterior a los 3 años, se recomienda la coordinación de grupos de mantenimiento mensuales para realizar un seguimiento a los pacientes. En este sentido, es importante establecer un programa de entrevistas individuales y/o grupales frecuentes, contacto telefónico o por correo electrónico que permita reforzar las pautas de estilo de vida es sumamente importantes (Vilallonga et al., 2008).

### 3.3 Adherencia Terapéutica e implicancias

En la literatura médica suelen emplearse diversos términos para referirse a un mismo fenómeno: adherencia, cumplimiento, conformidad son los más utilizados con respecto a la predisposición del paciente a seguir las prescripciones médicas realizadas (Martin, 2004). Históricamente la definición más difundida es la de Sackett y Haynes (1976), en la que hacen una correspondencia entre el comportamiento del enfermo y las instrucciones clínicas y médicas recibidas. Esta definición fue ampliamente cuestionada ya que coloca al paciente en una dimensión pasiva con respecto a las decisiones de su tratamiento.

Siguiendo esta línea de pensamiento Di Mateo y Di Nicola (1985), amplían la definición clásica de adherencia como una vinculación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico. Con esta mirada se dio inicio a la incorporación del paciente como actor principal de su propio tratamiento. Por su parte Meichenbaum y Turk (1991) añaden que la adhesión al tratamiento cubre una variedad de conductas como formar parte y continuar un programa de tratamiento, mantener las horas de consulta con otros especialistas, tomar correctamente la medicación prescrita, desempeñar cambios adecuados en el estilo de vida, realizar el régimen terapéutico domiciliario y evitar comportamientos de riesgo.

La adherencia al tratamiento comienza a desempeñar su papel en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, cuando suele producirse una diferenciación subjetiva entre su caracterización nosológica (etiología, pronóstico y tratamiento) y la forma en que la percibe quien la padece, el significado que le confiere. Martin y Grau (2004) precisan que la adherencia al tratamiento consiste en un repertorio de conductas moduladas por componentes subjetivos.

Meichenbaum y Turk (1991) indicaron que existen cuatro factores interdependientes que operan en el comportamiento de la adherencia y que un déficit en cualquiera de ellos contribuye al riesgo de no adherencia al tratamiento. El primero factor acerca del problema de salud, el conocimiento de las actitudes y comportamientos necesarios para seguir adecuadamente las prescripciones. El segundo son las creencias, donde se ven reflejadas la autoeficacia, las expectativas de resultado, la gravedad percibida y los costos de respuesta. El tercer factor es la motivación resultado de la atribución interna del éxito y posteriormente

la acción estimulada por las señales pertinentes, impulsadas mediante la evaluación y selección de opciones comportamentales.

Los avances en las investigaciones han demostrado que la adherencia posee dos actores principales, los pacientes y el equipo de salud multidisciplinar (Martin, 2004), lo cual según (OMS, 2004) en su publicación de adherencia a tratamientos crónicos, pone a los profesionales en primer plano dando a conocer su papel como desarrolladores de aptitudes que favorezcan el tratamiento. Los interpela en que un cambio en el paciente va de la mano con un cambio en el profesional, no se deben prescribir lineamientos con autoridad y poner al paciente en una posición de obediencia pasiva. Además, los profesionales deberán estar debidamente formado en el correcto cálculo de tasas de adherencia y concebir la complejidad de conducta que favorece a la adherencia terapéutica.

Cormillot (2005) afirma que la obesidad se trata de una enfermedad biológica que tiende a la cronicidad y a las recaídas, y que su conducción debe pasar, especialmente, por lo psicológico ya que lo que se busca es un cambio de la conducta.

Pensar la adherencia y realizar investigaciones para reducir los altos índices de abandono de los tratamientos crónicos llevando así a los sistemas de salud a ser más asertivos. De tal manera en los últimos años las investigaciones en adherencia están orientadas a la comprensión y formulación del concepto de cómo se manifiesta y que características tiene la no adherencia. A manera de definición (Silva et al., 2005) postula a la no-adherencia como el incumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, sea de forma voluntaria o involuntaria.

Uno de los modelos más importantes para conceptualizar la adherencia es el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente (citado en OMS, 2014). Los autores basados en su experiencia en psicoterapia observaron que los pacientes pasaban por estados similares sin importar que marco teórico sea aplicado. Este modelo identifica cinco etapas de cambio a través de las cuales los individuos progresan a medida que modifican sus comportamientos y reducen sus conductas de riesgo. Favorecer las estrategias armonizadas en cada etapa y estas predice el progreso a cada etapa posterior de cambio.

1) Pre contemplación (el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo, usualmente medido en los próximos 6 meses).

- 2) Contemplación (el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo de aquí a 6 meses).
- 3) Preparación (el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes).
- 4) Acción (el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido).
- 5) Mantenimiento (se ha cambiado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla).

En el apartado de cambios de conductas perteneciente al informe de OMS (2004) detalla los aspectos cognitivos indicadores de la motivación del individuo para cambiar y es un potente factor predictivo del comportamiento pero se necesitan variables que expliquen el cambio comportamental para elaborar estrategias procesables y efectivas, para ayudar a las personas a cambiar. En cada proceso de cambio existen constructos psicológicos claves para caracterizar a los individuos en diferentes niveles de la disposición. Estos constructos son:

- El equilibrio decisorio: Consta en la evaluación de los pros y contras del cambio de comportamiento. En las fases iniciales del cambio los pros del comportamiento son bajos y se incrementan a medida que la etapa de cambio aumenta. De manera contraria, los contras del comportamiento saludable son altos en las primeras etapas del cambio y disminuyen a medida que la etapa de cambio aumenta. Cuando la evaluación de los aspectos positivos comienzan a considerarse más importantes que los negativos comienza en comienzo de cambio de fase.

- La tentación a la recaída: Es el grado de tentación asociada con situaciones que plantean un desafío para mantener el cambio comportamental es un concepto basado en los modelos de afrontamiento de la recaída y el mantenimiento. En las etapas de pre contemplación la tentación se encuentra más presente y después disminuye hasta la etapa de mantenimiento.

- Las estrategias para el cambio: El modelo identifica estrategias procesos específicos de cambio que se asocian con el pasaje exitoso de una etapa a la siguiente. Cada una de las estrategias para el cambio se categoriza como de naturaleza experimental e incluye evaluaciones cognitivas del mismo comportamiento adquirido.

Al considerar a la obesidad como una enfermedad crónica, Gil (2008) enfatiza en la

importancia de conocer por parte del profesional, en qué momento de su relación con la enfermedad está el paciente. Con tal objeto enfatiza conocer el modelo transteórico de modificación de la conducta de Prochaska y Di Clemente.

### **3.4. Obstáculos en la adherencia al tratamiento de Obesidad**

Brosen (2009) detalla como las tasas de no adherencia a los tratamientos nutricionales oscilan entre 10 al 80 % según su grados de complejidad. La obesidad entonces, se convierte en uno de los problemas crónicos de más difícil abordaje por ser de índole multidisciplinar y de alto impacto ya que su tratamiento propone cambios en los hábitos de vida afecta diversas áreas como las laboral, social, familiar (Ravenna, 2006).

Con una perspectiva integrativa Ortiz y Ortiz (2007), postulan una clasificación de los factores de la no-adherencia a tener en cuenta en los tratamientos terapéuticos:

- Personales: Donde se podrían señalar la baja motivación, la inconsciencia o ignorancia del problema, la baja autoestima y autoeficacia, síntomas depresivos o depresión, entre otros.
- Asistenciales: Se demuestra que cuando la satisfacción del paciente es alta con el servicio médico o terapéutico aumenta la tasa de adherencia al tratamiento.
- Terapéuticos: Se observan diferencias entre los tratamientos agudos y los crónicos. Asimismo a mayor complejidad en el tratamiento menor adherencia.

#### **3.4.1. Obstáculos personales.**

Dentro de la evaluación inicial Katz (2013) sugiere identificar con mucha cautela las características de los pacientes, los individuos que se encuentran pre contemplativos demuestran muy poco interés en realizar un cambio. La tasa de abandono del tratamiento que se experimenta como producto de una baja motivación en la primera entrevista es de 30% (Gómez et al., 2009). Además de la baja motivación a iniciar el tratamiento hay que agregar aquellos individuos que por factores socioeconómicos no comienzan el tratamiento (OMS, 2011).

Durante el desarrollo del tratamiento el primer obstáculo que tienen los pacientes es la comprensión de la obesidad como una condición crónica por lo tanto esta requiere la predisposición para cambiar hábitos alimenticios para el resto de sus vidas. Existe el deseo de hacer dieta, bajar de peso para retomar luego su estilo de vida previo al tratamiento, a pesar de que todos los pacientes reconocieron que al inicio del tratamiento se les había explicado claramente la condición crónica de la obesidad (Brosens et al., 2015). En un estudio realizado Grossi et al. (2006) se detecto que el abandono en etapas iniciales del

tratamiento esta asociado a la evaluación negativa de efectividad en sostener un cambio en los hábitos dietarios y por consecuencia afecta a la motivación del paciente resultando así en vivencia de frustración.

Dentro de este apartado de obstáculos personales hay que agregar la presencia de cierta sintomatología como depresión o ansiedad, ya que muchas personas refieren que la conducta alimenticia es afectada cuando se sienten mal por lo tanto reducen reducen de esta forma su sintomatología (Bresh, 2006). Según Cofré- Lizama et al. (2014) la presencia de estos síntomas inicialmente se comporta como obstáculos en la adherencia pero son susceptibles a ser atenuados por medio del dispositivo grupal.

No experimentar el sentido de permanencia a los grupos terapéuticos demuestra tener una postura individualista con tendencia a aislarse conforma un obstáculo en el tratamiento de la obesidad. Los vínculos afectivos interpersonales y el sentimiento de pertenencia al grupo, favorece el compromiso con los pares, coordinadores y el programa en sí mismo, “tener un amigo un compañero con quien compartir las actividades es un facilitador de la adherencia al tratamiento y un predictor del mantenimiento de la pérdida de peso en el largo plazo” (Brosens et al., 2015, p.18).

El apoyo social percibido permite experimentar niveles de bienestar y superar acontecimientos estresantes por medio de la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que encuentra en ella (Cofré- Lizama et al., 2014). Es común que los pacientes consideren la instancia grupal como innecesaria les cuesta despegarse del ciclo autorreferencial, donde el vínculo con el exceso es privado y priva a los pacientes del contacto grupal para defenderse (Ravenna, 2016).

El último de los obstáculos personales es sobre el que más estudios se han realizado con respecto a la adherencia terapéutica: la incapacidad de desarrollar habilidades para lograr cambios de hábitos, romper con las costumbres arraigadas y soportar presiones del contexto. Las personas que abandonan los tratamientos describen que observan una falta de tolerancia a las dificultades que los lleva a frustrarse y no alcanzar los objetivos esperados. Algunas manifestaciones de tramitación de esta frustración es poner la responsabilidad afuera. Los casos de éxito de este obstáculo comunicaron haber comprendido la importancia de planificar estrategias para anticiparse a las dificultades que pudieran presentarse. Otra forma de presentarse este obstáculo, describe Inelmen (2005) son las responsabilidades y

obligaciones cotidianas que pueden provocar la atención del individuo se centre en cuestiones ajenas y por lo que puede disminuir el cuidado y afectar al tratamiento. En la experiencia realizada por Grossi et al. (2006) documentan como estas dificultades prácticas pueden conformar un obstáculo de alto impacto en el tratamiento y llevar así al abandono. Las tasas de no adherencia fueron del 30% por problemas familiares, 28% problemas en el trabajo y 21% con dificultades en el manejo del tiempo y distancia.

### **3.4.2. Obstáculo terapéutico.**

La redefinición de las expectativas terapéuticas buscando objetivos globales de bienestar en salud y no solo de descenso o estéticos es vital para el tratamiento en obesidad, esta causa de abandono esta íntimamente relacionada con la inconformidad que expresan los pacientes con los resultados obtenidos Brosens et al. (2015). Este obstáculo también fue reportado por Grossi et al. (2006) y lo enmarcaron como un problema de atribución de donde se estimo que la expectativa de descenso imaginarias correspondía al 30% y solo se lograron bajar hasta un 23%, de tal manera 14% de los participantes abandonaron el tratamiento.

Un aspecto clave para la adherencia según Katz et al. (2013), es el manejo de las expectativas del paciente en términos de descenso ponderal. Al comienzo de la etapa de descenso se debe pautar con el paciente. La velocidad del descenso no debe ser mayor al 1% del peso actual por semana, ya que un aumento en esta tasa traería aparejado alta posibilidad de dejar el tratamiento. Estas expectativas se presenta como un “síndrome de la falsa esperanza”, en el que los pacientes buscan nuevas maneras para bajar de peso en un ciclo de fracaso y esfuerzo renovado, que se repite de forma cíclica retroalimentando negativamente sentimientos de frustración (Brosens et al., 2015). Los reportes de Hidalgo y Glottlieb (2001) señalan las consecuencias negativas en la adherencia terapéutica que afectan la autoeficacia, el estado de ánimo y la imagen corporal por tener expectativas ideales por lo tanto irreales respecto de la pérdida de peso en el tratamiento de la obesidad.

La no comprensión y aceptación del plan alimentario y la realización de registros es uno de los obstáculos mas reportados en los planes dietéticos (Brosens et al., 2015). Se ha reportado que los pacientes que abandonaron los tratamientos percibían el registro alimentario como algo muy tedioso a pesar de que admitieron que anotar servía para darse cuenta de lo que estaban haciendo mal. De forma análoga las personas que ingresan al

tratamiento no tienen registro de la cantidad de comida que comen, de tal manera Ravenna (2014) expone que poseen pensamientos disfuncionales con respecto a la cantidad de comida que ingieren, cuando están realizando el tratamiento perciben en forma incorrecta que están comiendo de más.

Según lo observado por Brosens et al. (2015), el acuerdo de realizar el registro alimentario inmediatamente luego de la ingesta ayuda a poner en evidencia todo lo que realmente se ha consumido. Por el contrario, la postergación del registro hasta el final del día empeora y aumenta la probabilidad de olvidarse del mismo. De forma muy similar Grossi et al. (2006) reportaron este obstáculo en etapas iniciales del tratamiento.

Bajo un programa nutricional de pacientes con obesidad grado II complicada o mórbida, Gomez et al. (2006) encontraron que un factor que incrementaba la adherencia es la incorporación de talleres nutricionales y psicoeducativos para reducir el obstáculo de la incomprensión o insatisfacción de los planes dietarios y su autocontrol. En esta misma línea una investigación de Hernández, Canales, Cabrera y Grey (2003), se ofreció a 19 pacientes un programa nutricional complementado con talleres ofrecidos por un médico, enfermera, nutrióloga y psicóloga durante 3 meses, en el mismo se consiguió una asistencia del 75% y se logró un aumento significativo en los conocimientos sobre obesidad y alimentación.

### **3.4.3. Obstáculos asistenciales**

Dentro de los obstáculos asistenciales Grossi et al. (2006) reportaron que existen pacientes que han abandonado el tratamiento aludiendo como obstáculo problemas con el personal de salud. De forma similar Brosens et al. (2015) detallaron que existen características individuales que se expresan como demandas a los profesionales y por lo tanto puede ser usada como excusa de abandono. Según Ruiz et al. (2017) existe una diferencia entre las expectativas del profesional con respecto al paciente y las del paciente con respecto al profesional. Esto se debe principalmente a que en las enfermedades crónicas los pacientes tienen muy poca adherencia, por lo tanto busca en los profesionales apoyo. Estas instancias detalla Zukerfeld (2011), son movimientos transferenciales que se dan por la ausencia de comida y la tramitación de la ansiedad que permiten a los profesionales con un entrenamiento adecuado usarlo para encausar el tratamiento.

Los estudios detallan que los tratamientos terapéuticos crónicos se benefician de sobremanera con el cuidado de estos obstáculos. Una relación de confianza entre el personal de salud y el paciente puede ayudar a disminuir las ausencias a citas de seguimiento y

aumentar el compromiso de las pacientes para llevar a cabo el tratamiento (Ruiz et al., 2017). El riesgo de abandono aumenta cuando hay una comunicación inadecuada entre el paciente y el personal de salud.

Cristobo (2011) detalla que el tratamiento comienza desde el momento que el futuro paciente se pone en contacto con la institución. El personal residente en las clínicas deben ser calificado en lo que concierne a la enfermedad crónica de la obesidad, ya que desde instancias iniciales se está poniendo en juego la subjetividad del paciente en la institución. Según Zukerfeld (2011) la importancia del personal capacitado en las instituciones brinda canales informales entre los pacientes y las autoridades formales. En estos canales los pacientes pueden volcar sus inquietudes con respecto a la organización o estructura sin tener que pasar por situaciones de exposición. Acompañado a esta predisposición profesional las clínicas deben estar correctamente equipadas para recibir a los pacientes. Las personas con obesidad morbida pueden tener compromiso en la motricidad de tal manera las clínicas por deficiencias estructurales no deberían obstaculizar el inicio o correcto desarrollo del tratamiento por carencias estructurales de las instituciones de salud.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Diseño**

Estudio descriptivo.

### **4.2 Participantes**

La observación no participante se realizó en dos grupos, uno de incorporación abierta y continua de descenso compuesto por 35 y 55 personas aproximadamente, con frecuencia diaria y otro de incorporación cerrada de mantenimiento, conformado por 14 personas con una frecuencia semanal. Asimismo ambos grupos están coordinados por psicólogos y nutricionistas, cada una de las reuniones tienen una duración aproximada de una hora y media. Ambos grupos están conformados por hombres y mujeres adultos de 18 a 65 años, con un mayor predominio de mujeres.

La población de profesionales de la institución que se tomó en cuenta en los grupos de descenso y de mantenimiento es la siguiente:

Profesional 1: Médico clínico pertenece a la institución hace 15 años, realiza tareas de coordinación de grupos de descenso y de mantenimiento.

Profesional 2: Nutricionista pertenece a la institución hace 13 años, realiza tareas de coordinación de grupos de descenso y mantenimiento.

Profesional 3: Técnica en psicología social pertenece a la institución hace 12 años, realiza tareas de coordinación de grupos de descenso.

Profesional 4: Lic. en psicología pertenece a la institución hace 11 años, realiza tareas de coordinación de grupos de descenso y mantenimiento.

Profesional 5: Lic. en psicología pertenece a la institución hace 8 años, realiza tareas de coordinación de grupos de descenso.

#### **4.3 Instrumentos**

Observación no participante de terapias de grupo de descenso y de mantenimiento de peso en una clínica que trabaja con obesidad.

Entrevistas semi-estructuradas a profesionales de la institución y pacientes que conforman los grupos de descenso y mantenimiento para indagar cuáles son los principales obstáculos que se perciben en descenso como en mantenimiento, que atentan contra una correcta adherencia al tratamiento que brinda la institución.

#### **4.4 Procedimiento**

Se realizaron observaciones diarias en los grupos de descenso y semanalmente en el grupo de mantenimiento de la institución. Se registraron de forma escrita las observaciones a las dificultades que presentaron los pacientes en ambos grupos.

Se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas a profesionales de la institución para explorar cuáles son las principales dificultades en la adherencia en los grupos de descenso como mantenimiento.

### **5. DESARROLLO**

#### **5.1. Presentación Institucional**

La institución donde se realizó la práctica brinda un tratamiento que incluye aspectos médicos, nutricionales y psicológicos. El tratamiento en obesidad que brinda la institución

se desarrolla en un marco cognitivo conductual y consta principalmente de las etapas descenso, mantenimiento y su dinámica de interacción.

El plan nutricional propuesto por la institución consiste en una dieta hipocalórica de 600 a 800 calorías diarias. Los pacientes deben realizar un registro diario de su peso, cuando asisten a la clínica se les pide que se pesen dentro de la institución y reporten su peso, el cual queda registrado para poder verificar su evolución a lo largo del tratamiento. Dentro de las actividades adicionales y optativas que brinda la institución se encuentran talleres de imagen corporal, clases de zumba, clases de educación física, talleres de mindfulness y actividades grupales los sábados en Palermo al aire libre.

## **5.2. Describir cuáles son los obstáculos de la adherencia terapéutica, percibidos por los pacientes en los grupos de descenso.**

En las observaciones del dispositivo grupal de descenso se encontraron tres tipos de pacientes:

- Las personas que se incorporan por primera vez a la realización del tratamiento.
- Las personas que están en las actividades de descenso actualmente.
- Las personas que asisten a grupos de descenso y forman parte de grupos de mantenimiento.

Los pacientes que se incorporan por primera vez y los que ya pertenecen a la etapa de descenso, en las entrevistas enunciaron que existen tres obstáculos que dificultan la adherencia terapéutica: el ritmo de vida diario, la dificultad en la realización del plan nutricional y las falsas expectativas de descenso. El primero es de índole personal y práctica, los pacientes detallan que el ritmo de vida diario dificultan de sobremanera la realización de las indicaciones nutricionales, las largas jornadas laborales y las rutinas diarias tal como enfatiza Inelmen (2005) resultan obstáculos para una correcta adherencia terapéutica y generan una continua pérdida del foco del paciente con respecto al tratamiento. De manera similar Ravenna (2006) enuncia que cuando la terapia propone cambios en los hábitos de las personas, estos afectan diversas áreas como las laboral, social, familiar y tienden a sumergir al paciente en un estado de pasividad o de victimización.

Los pacientes mencionan:

*“En la cena tengo que hacer dos comidas distintas, la mía y la normal para mis hijos y esposo. Además yo vivo en Bernal y trabajo en el microcentro, cuando vengo a los grupos a la noche llego corriendo y después para volver tengo una hora como mínimo de viaje hasta casa. Se me complica, me reclaman mucho en casa.”*

*“Yo soy doctor, esta es la segunda vez que vengo a realizar el tratamiento, en la primera baje 20 kg y ahora tengo que bajar 24kg me puse 4kg de más en el lapso de 2 años. No se puede decir que no sé lo que me pasa. Me separé hace unos años y comencé a trabajar más horas y una cosa llevó a la otra. Entre los conflictos familiares, las guardias y el consultorio sinceramente esta vez me está costando muchísimo”.*

Posteriormente en el segundo obstáculo los pacientes detallan lo dificultoso de la correcta realización de las prescripciones nutricionales debido al gran orden restrictivo del plan cetónico propuesto por la institución. El plan nutricional se plantea como un obstáculo a la adherencia enunciado por Brosens et al. (2015) y el no cumplimiento de las indicaciones genera sentimientos de frustración que fueron descritos por Hidalgo y Gottlieb (2001), por lo tanto el intenso orden restrictivo favorece a encontrar este obstáculo como uno de los principales en la etapa de inicio del tratamiento. Algunos asistentes al grupo explican:

*“Comencé con el tratamiento hace un mes y medio tengo hambre todo el tiempo creo que nunca voy a llegar a la acidosis es más ni creo que ni existe. Desde que comencé hasta hoy estoy pensando en comida todo el día, me pone de mal humor no poder comer algo rico.”*

*“Comencé el tratamiento hace tres semanas y me está costando mucho. Picoteo en todo momento, más después de terminar la vianda en la cena. Y hasta en la noche cuando me levanto para ir al baño, termino pasando por la heladera a ver si hay algo rico.”*

Enuncia Aguilera (2009) que los sentimientos de ira, frustración o abandono denota la presencia de sesgos cognitivos como sobregeneralización, pensamientos catastróficos y comparación llegando así a la confirmación de ciertos esquemas cognitivos que están en interacción en la situación. Como respuesta clínica para subsanar la intensidad del obstáculo que este representa a la adherencia Katz et al. (2013) aconseja que cuando se plantea esta situación el cambio de las prescripciones nutricionales es necesario para incrementar la adherencia terapéutica y no favorecer el abandono del tratamiento.

El tercer obstáculo encontrado Brosens et al. (2015) es una expectativa falsa que tiene el paciente con respecto a su descenso de peso Grossi et al. (2006) describieron que este obstáculo se da por un error de atribución entre la falsa expectativa y lo real bajado. Lo que los pacientes detallan que en el comienzo del plan dietario el descenso de peso se hace de manera intensa y rápida, posteriormente se encuentra una meseta donde éste es más sutil y tardío. Por ejemplo comentan: *“Yo baje 4 kilos y chirolas al principio, ahora estoy*

*haciendo ejercicio físico y no bajé como al inicio, voy 1,600 kg en el mes.*” En los tratamientos nutricionales Cormillot (2012) enuncia que luego de seis meses de pérdida de peso, el ritmo de descenso disminuye y luego se detiene por los mismos cambios metabólicos del cuerpo. De manera tal que las características del plan cetónico se caracteriza por un descenso abrupto y el encuentro con la organización metabólica sirven de motor para alimentar este error de atribución de falsa expectativa generando así un obstáculo. A continuación algunos ejemplos que hacen referencia a esta problemática escuchados en los grupos:

*“No entiendo el mes pasado bajé 5 kilos, el anterior 4, ahora voy bajando 1 y medio. Yo estoy haciendo las cosas bien, no entiendo porque no bajo más.”*

*“Porque cuando uno baja al principio, se te deshincha la cara y se te re nota. Después nada, estas más flaca pero parece que hay una meseta y te estancás en el tratamiento.”*

El tercer tipo de paciente que se encontró en los grupos de descenso, es aquel que pertenece a una instancia de mantenimiento y asiste de forma temporal a los grupos de descenso ya que necesita volver a la franja estipulada por las reglas de mantenimiento. La oscilación de peso ideal en éste corresponde a la oscilación de más o menos 2 kg enunciada por Levine et al. (2007). A la hora de detallar los obstáculos percibidos los enmarca dentro de problemáticas personales que se están trabajando en la etapa de mantenimiento. La paciente entrevistada explicitó el trabajo psicoterapéutico con el exceso de actividades laborales y el duelo por una separación, en ambos casos se vincula lo que Bersh (2006) declara como comer emocional para tapar el componente afectivo que conllevan las situaciones estresantes, de esta manera se verifica lo que detallan Cabello y Zúñiga (2007) sobre la relación de la obesidad con los eventos vitales estresantes que se viven como un desborde por los pacientes. A continuación dos transcripciones de la paciente donde enunciaba su situación. *“En este momento me estoy separando del padre de mis hijos y eso me angustia mucho. Yo me doy cuenta que quiero tapar ciertas cosas que me pasan haciendo de sobremanera. Por ejemplo en el trabajo me quedo hasta tarde y cuando me voy sigo enganchada” ; “Esto del exceso para no ver también lo hago con la comida (ríe de forma irónica) con eso estoy trabajando en mantenimiento actualmente.”* Cuando el coordinador le preguntó a la paciente cuánto tenía bajar, ella explicitó 7 kilos pero en especial comentó que estaba comenzando una nueva etapa de descenso para poner todo en su justa medida y realizar un “corte” en su vida.

La segunda entrevistada de los pacientes de mantenimiento que asisten a descenso, planteó que su obstáculo había sido la responsabilidad del estudio y no sentir pertenencia al grupo de mantenimiento que había asistido.

*“Los exámenes de la facultad me tienen mal traída este año, me distancié del grupo de mantenimiento por 7 meses y ahora estoy viendo de volver por eso estoy acá, así me vuelvo a conectar y deshincho la cabeza como dice el doctor R.”* Posteriormente ella, haciendo referencia a la hinchazón, detalló lo siguiente: *“como que en el grupo de mantenimiento no me hallaba , yo creo que por eso me distancie un poco”*. Tal como lo plantean Brosens et al. (2015) el ámbito social y el no sentido de pertenencia a los grupos, conforma un obstáculo de adherencia terapéutica.

### **5.3. Describir cuáles son los obstáculos en la adherencia terapéutica, percibidos por los terapeutas en los grupos de descenso.**

Los terapeutas entrevistados que realizan tareas de coordinación de grupo en la etapa de descenso concuerdan que el principal obstáculo a la adherencia terapéutica es la aceptación por parte de los pacientes en el desarrollo de distintas capacidades conductuales requeridas en pos del tratamiento y sus distintas instancias. Esta aceptación debe concordar y debe ser consecuencia de lo que detalla Ravenna (2004) en concordancia con Katz et al. (2013) como promoción en la adquisición de estrategias y conductas saludables en el tratamiento de la obesidad. La deficiencia en esta aceptación sucede cuando los pacientes no reconocen la complejidad o causas multifactoriales de la obesidad como las detalla Bersh (2006) y sus necesidades multidisciplinarias para su correcto tratamiento.

Se preguntó al coordinador fundador de la institución sobre el principal obstáculo percibido por los terapeutas en los grupos de descenso y formuló que existe *“una suerte de ceguera que afecta a la imagen corporal como la posición con los demás”*, a los pacientes les cuesta aceptar que existe y tienen una relación con el exceso y el desborde que se manifiesta con la comida, pero que puede o no manifestarse en otros órdenes de sus vidas. Por eso el tratamiento tiene que ver con aceptar los límites y la medida, primeramente los pacientes tienen que aprender cómo controlarse y auto limitarse, al principio esta limitación es externa a ellos y es dada por la dieta y los grupos terapéuticos. Enuncia Aguilera (2009) que los pacientes se puede observar cierto proceso cognitivo que opera como un filtro donde maximiza las condiciones externas y minimiza las internas, de estas condiciones cognitivas se deriva los sentimientos y conductas desadaptativas de abandono a si mismo. Con respecto a lo detallado por el coordinador en los grupos de descenso se pueden escuchar los siguientes ejemplos:

*“Comencé a engordar cuando mi mamá quedó internada en un tratamiento oncológico, estaba completamente abrumada por la situación no sabía qué hacer, pero seguí adelante estando al lado de ella. De pronto me encontré que tenía 35 kilos de más así de la nada. ”*

*“Yo toqué fondo, en las vacaciones en el avión, cuando quise ponerme el cinturón de seguridad éste no me cerraba, la azafata me trajo una extensión. Me morí de vergüenza.”*

*“Yo tenía una moto, la usaba para trabajar, soy cadete. Un día la rompí cuando agarré un bache en Paternal, le partí el eje. Ahí me dije no puede ser, pesaba 138 kilos”.*

*“Yo no como tanto como parece, me gusta comer bien nada más.”*

La segunda entrevistada fue una coordinadora de grupos de descenso que a su vez realiza práctica clínica nutricional en la institución. Ella detalló que es común encontrar en las etapas iniciales pacientes que quieran realizar un plan dietario pero tienen creencias erróneas con respecto a la enfermedad y desconocen la manera correcta de abordarla. Los lineamientos del tratamiento por parte de los profesionales a los pacientes son: tener entrevistas con los especialistas clínicos, asistir a los grupos terapéuticos y comenzar con la realización paulatina de actividad física. Pero hay personas que priorizan de forma incorrecta el eje nutricional y no aceptan los demás, de tal manera se encuentran de forma inmediata con la incapacidad de llevarlo a cabo o poder mantenerlo en el tiempo. Según Brosens et al (2015) los pacientes albergan deseos de realizar la dieta rápidamente para retomar su vida cotidiana y por tal manera no reconocerse como un paciente de una enfermedad crónica, deficiencia que se puede dar tal como lo detallan Martín y Grau (2004) como una diferencia gnóstica que afecta a la subjetividad del paciente. Algunos ejemplos escuchados en los grupos que ponen en manifiesto esta deficiencia de la aceptación.

Paciente mujer en su primera asistencia al grupo de descenso.

*“Me voy a sumar a los grupos a la noche. Comencé el tratamiento hace tres semanas y me cuesta mucho. Me explicaron qué hacer pero no me sale. ”*

Paciente mujer de 38 años en su segundo intento de tratamiento.

*“Comencé a comer las viandas la semana pasada, tengo turno con el médico clínico mañana porque me mandó a realizar un estudio de laboratorio completo de sangre. Igual yo ya comencé.”*

Paciente hombre en grupo de descenso.

*“Voy a comenzar a hacer la dieta y a medida que me voy organizando con mis horarios me voy sumando a los grupos psicoterapéuticos de la mañana.”*

Paciente hombre incorporado del grupo estético.

*“El turno para la evaluación de educación física lo tenía la semana pasada, pero me colgué, igual ya estoy encaminado con las viandas. Yo no tengo que bajar mucho.”*

La tercera coordinadora ante la pregunta de los obstáculos que percibe en los grupos de descenso, detalló que hay ciertas posiciones con el exceso que perjudican el desarrollo o las distintas instancias del tratamiento. Cuando el paciente que realiza el tratamiento y ante alguna circunstancia, un evento social o un conflicto personal, rompe con el plan nutricional y esto desencadena un aluvión de emociones drásticas y desbordadas que generan frustraciones, por lo tanto es un obstáculo para el paciente ya que resulta muy difícil aceptar que la enfermedad tiene una cronicidad, altos y bajos y fundamentalmente recaídas. De manera similar Ravenna (2006) detalla que un eje del tratamiento es aceptar instancias de recaídas dentro de la cronicidad típica de la enfermedad y que éstas están cargadas de síntomas afectivos como ansiedad o depresión como indica Bersh (2006).

El siguiente ejemplo sacado de un grupo de descenso, ejemplifica esta posición donde se experimentan las emociones en exceso. Una paciente al preguntarle cómo estaba con el tratamiento respondió: *“Vengo hecha una espartana con la dieta, ni una lenteja de más. La verdad que me siento genial por haber logrado esto.”*

Semanas posteriores en el grupo de descenso que asistía esta paciente, comentó que había tenido un casamiento y había comido de más y no pudo parar en todo el fin de semana como los días posteriores, utilizó la siguiente frase para explicar su sentir con respecto a la situación “estoy morfada, no puedo más”, acto seguido rompió en llanto. La coordinadora encargada del grupo en ese momento, puso especial énfasis en que ella tenía que aceptar que hay veces uno no puede y no por eso tenía que auto flagelarse, proponiéndole la tarea de ver qué había aprendido antes de la recaída para mantenerse e intentar realizar nuevamente, desde otra postura, con un nuevo aprendizaje que le sume a su tratamiento.

La vivencia común en los grupos de descenso es propia de la adicción como detalla Zukerfeld (2011) y en concordancia con Ravenna (2006) lo que se observa en los pacientes no es una falta de compromiso de parte de ellos, sino un no poder propio de la enfermedad. De manera tal el involucramiento voluntario y activo por parte del paciente en el tratamiento tal como la plantean Di Mateo y Di Nicola (1985) es difícil de lograr. Por tal razón los coordinadores ponen especial énfasis en el esfuerzo de ejercitar y desarrollar aspectos conductuales como la focalización y la continuidad de propósito para incrementar la autoeficacia, de modo que pueda contrarrestar conductas de impulsividad que se manifiestan a lo largo del tratamiento.

#### **5.4. Describir cuáles son los obstáculos de la adherencia terapéutica, percibidos por los pacientes en los grupos de mantenimiento.**

Dentro de los pacientes pertenecientes a los grupos de mantenimiento se encontraron dos tipos de pacientes. Las personas que asisten una vez por mes a una reunión pública y gratuita brindada por la institución y las personas que asisten semanalmente a los grupos de mantenimiento. La reunión gratuita se realiza con la invitación a todos los pacientes y ex pacientes de los distintos grupos de mantenimiento de la institución y brinda un marco de seguimiento a todos los asistentes y en especial a los pacientes que se han retirado del tratamiento por circunstancias monetarias.

El coordinador encargado de las reuniones gratuitas con las personas que asisten realiza un seguimiento preguntándoles ¿Cómo están? y si han tenido algún inconveniente en los últimos meses. En una oportunidad el coordinador director de la institución preguntó directamente a una persona, la cual no había asistido en el lapso de tres meses. Ésta le respondió que tuvo problemas de salud y pasó momentos complicados, por lo tanto había engordado. Acto seguido el paciente detalló que después iba a comprar las viandas para comenzar con una nueva etapa de descenso. Posteriormente al preguntarle por qué asistía en esta modalidad, a lo cual me respondió que vive en Lanús y le resulta muy dificultoso acercarse a la institución regularmente. Esta situación verifica la necesidad que se tiene en términos de adherencia terapéutica en un tratamiento crónico, la existencia de reuniones mensuales con ex pacientes para no perder el contacto con la institución tal como detallan Vilallonga et al (2008).

En el grupo de los pacientes regulares pertenecientes a mantenimiento se encontró un alto grado de conocimiento de la patología y de los lineamientos generales del tratamiento, de manera contraria que los pacientes que asisten a los grupos de descenso. Al momento de preguntarles cuál fue su obstáculo percibido, detallaron que fue el tratamiento en sí mismo. Los integrantes entrevistados pertenecientes a los grupos regulares de mantenimiento detallaron que a medida que se va transitando la etapa del tratamiento se complejiza y se vuelve más profundo terapéuticamente, por lo tanto hay que estar predispuesto al trabajo que se plantea. Los siguientes comentarios ejemplifican la idea planteada por los pacientes:

*“En descenso, si observás, hay 10 veces más personas que los que están acá, hoy con suerte somos 15 personas.”*

*“Yo hace 12 años que estoy en mantenimiento y el obstáculo mas grande fue poder adueñarme del tratamiento. No importa a que grupo asista, no importa si el tema que están*

*tratando es interesante o no, no importa quien esté coordinando. Uno hace el mantenimiento y tiene la responsabilidad de llevarse algo de los grupos.”*

Al re preguntar sobre la idea del tratamiento como obstáculo, los pacientes completaron con la siguiente idea: *“en descenso, te tapan la boca a la fuerza mientras acá en mantenimiento la responsabilidad es tuya, tenés que trabajar, desinflarte por dentro porque acá todos tenemos la tendencia a llenarnos con cosas, y no de vida.”*

*“La realidad del trabajo en mantenimiento es que ya no estás trabajando en no comer, como en descenso sino que el trabajo pasa muchas veces en porque hacés esto o aquello y entonces terminás laburando sí o sí con vos mismo acá.”*

Posteriormente al preguntarle a los entrevistados si los obstáculos que habían detallado las personas pertenecientes al grupo de descenso eran problemáticos para ellos. De forma contraria a descenso, ellos no encontraron las indicaciones nutricionales como un obstáculo ya que en la etapa de mantenimiento el plan nutricional varía y deja de ser tan restrictivo. Con respecto a la rutina diaria no la catalogaron como obstáculo a la adherencia que los inflencie de sobremanera en cambio los eventos estresantes si fueron catalogados como obstáculos en el tratamiento pero en la mayoría de los casos se le agregó el significado de la oportunidad terapéutica que representa, donde el tema en sí mismo es tomado como oportunidad y eje central del trabajo grupal. Con esta forma de trabajar y las diferencias planteadas por los pacientes en el obstáculo a la adherencia terapéutica como el mismo desarrollo correcto de su tratamiento, se verifica la existencia de una modalidad de trabajo sobre el modelo cognitivo conductual tal como la plantea Ravenna (2006) donde el énfasis se pone en técnicas de reestructuración cognitiva, cambio de actitudes y prevención de las recaídas.

Otro obstáculo presentado por los pacientes relacionado al tratamiento de mantenimiento, surge a medida que se da la reestructuración cognitiva, donde se limitan los excesos y se comienza a tener necesidad de llenar el vacío antes logrado, ahí es donde entra el proyecto de vida expuesto por Cormillot (2012) también mencionado por Zukerfeld (2011), donde es mencionado por los pacientes como *“llenarse de vida”*. Estos proyectos se intentan que esten acompañados por actividad física tal como lo enuncian Vilallonga et al. (2008), éstos pueden ser comenzar a correr, comenzar clases de baile, clases de teatro, entre otros, de esta manera la adherencia terapéutica se da de manera correcta, ya que la vinculación activa del paciente se da tal como Di Matteo y Di Nicola (1985) la detallan y los pacientes encuentran proyectos, los cuales son vividos con placer. A continuación algunos ejemplos de los grupos:

Paciente hombre de 48 años , que asiste a mantenimiento hace 6 años.

*“Mantenimiento me cambió la vida, comencé con el running y ya llevo 15 maratones corridas. Comencé a viajar con mi esposa a lugares donde se hacen las maratones famosas y me di el gusto de correrlas. Fui a Alemania, Francia, Nueva York y Boston.”*

Paciente mujer de 54 años que asiste a mantenimiento hace 9 años.

*“Yo nunca pensé que me gustaría tanto bailar, estoy en un grupo de milonga hace ya 5 años y ahora estoy pensando en comenzar a tener clases de salsa. Yo encontré en el baile una nueva relación conmigo misma.”*

Paciente hombre de 33 años y asiste a mantenimiento hace 2 años.

*“Comencé a jugar a la pelota con los chicos del grupo de mantenimiento de los lunes, impensable, y jugando a la pelota aparte soy malísimo, no pego una pero me divierto y la pasamos genial, vamos todos los sábados al mediodía cuando salimos del grupo de descenso.”*

### **5.5. Describir cuáles son los obstáculos de la adherencia terapéutica, percibidos por los terapeutas en el grupo de Mantenimiento.**

La profesional entrevistada es médica nutricional de la institución, refirió que el principal obstáculo percibido por ella a la adherencia del tratamiento es el desconocimiento por parte de los pacientes en los temas relacionados con el factor psicológico de la obesidad. Ella menciona *“la obesidad en la institución es tratada como una adicción y como las adicciones no se curan, sólo se controlan. Gran parte del tratamiento en mantenimiento pasa por ahí, por aspectos psicológicos que ayudan a tener conductas que favorezcan y que sean límites para la enfermedad”*.

La profesional comentó que resulta un obstáculo muy fuerte y que influye directamente en la adherencia terapéutica tal como lo detallan Meichenbaum y Turk (1991) el conocimiento en actitudes por parte de los pacientes y donde la profesional lo enuncia como la tarea cognitiva de aprender y generar estrategias de conductas que sean apropiadas por los pacientes para no caer en lo que Brosens (2015) describe como incapacidad de generar estrategias o conductas como obstaculo al tratamiento.

*“Se comienza a trabajar con las señales de alarma primero, éstas pueden ser angustia, fantasías, olvidarse del foco y miedos. A medida que se van conociendo cómo son en los pacientes estas señales y ellos van entendiendo cómo funcionan, ahí pueden incorporarlas de a poco”*.

Posteriormente señala la profesional que el conflicto es que los pacientes tienen una tendencia a no ver o a no reconocer estas señales de alarmas, de tal manera ellos no ven el

obstáculo hasta que lo tienen de frente. *“Estas situaciones se dan de manera muy frecuente, cuando le preguntás al paciente como viene y te dice que está todo bárbaro, cuando está súper cómodo con el tratamiento, ahí hay que tener cuidado y comenzar a indagar realmente”*. Luego se le preguntó a la coordinadora cómo trabaja con la idea de prevención con los pacientes: *“Cuando olés que algo puede estar mal con un paciente, les planteo la situación y veo cómo actúan. Si veo algo atípico se comienza a trabajar grupalmente en las motivaciones del paciente, ese es un punto crucial ya que el paciente ganó mucho en su descenso y no perderlo tiene que ser su norte.”* Al preguntarle a la coordinadora si conocía el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente respondió que sí, el cual le es útil y lo utilizan mucho para reforzar los procesos cognitivos de motivación como cuando los pacientes están evaluando incorporar estrategias nuevas con alguna problemática que se les plantea en su tratamiento.

Dentro de las reuniones existió oportunidad de observar el trabajo preventivo ante la posibilidad de recaída por parte de una paciente. Ella detalló que después de un año de trabajo en mantenimiento estaba teniendo vínculos con excesos en el ámbito personal, ella se reconoce físicamente cambiada y transita un camino atípico y desconocido. La aceptación de esta situación se le presenta cargada de afecto tal como lo enuncian Hidalgo y Gottlieb (2001) de forma tal la paciente evalúa y fantasea con comer y esconderse en la comida como detalla Bersh (2006). La profesional coordinadora comenzó a trabajar con la problemática de forma grupal intentando encontrar entre las personas presentes diversas estrategias que le sirvan a la paciente con su problemática. En todas las estrategias se intentó encontrar el punto de equilibrio que surge de evaluar las ventajas, las desventajas y cómo influyen en el sentir de la paciente. Posteriormente en diversas reuniones se fue trabajando en la motivación con la paciente hasta llegar a la solución del conflicto después de algunos meses.

El segundo profesional que se entrevistó es médico clínico de la institución, quien realizó su tratamiento en descenso hace 20 años y actualmente coordina grupos de mantenimiento en la institución. De forma similar a la profesional nutricional entrevistada, el obstáculo principal a su criterio pasa por una dimensión psicológica donde detalló que en pos del tratamiento el paciente necesita crear y fortalecer lo que él llama *“una historia de delgadez”*. Al re preguntar por esta idea el coordinador respondió: *“Esta historia es íntima consigo mismo y con los demás, si no se comienza a reconocer que tenés un problema, no vas a poder hacer nada. Los pacientes cuando vienen a descenso se tienen que adaptar y entregar la comida como se les dice. En mantenimiento es similar, pero la entrega tiene que ser de uno mismo con el tratamiento.”*

Al preguntar nuevamente por qué pensaba que es un obstáculo en la adherencia la no entrega de uno mismo en el tratamiento, el coordinador detalló que los pacientes están acostumbrados al descenso haciendo todo automáticamente siguiendo el plan pero en mantenimiento no hay una ruta trazada, sólo está lo que va saliendo de uno mismo y eso es cara a cara con los conflictos y no todos los pacientes lo logran. Y reformuló la idea con la siguiente frase: *“El paciente tiene que entregar hasta su vulnerabilidad para reconstruirse, ahí está lo complicado. La historia de delgadez tiene que escribirse con autoeficacia y no depender de otros, hablar lo que a uno le pasa y no esperar que le pregunten, asistir a los grupos y no esperar que le llamen la atención en los grupos de WhatsApp”*

Al mismo momento se planteó la siguiente situación en la institución, una coordinadora de 12 años realizando tareas de coordinación de grupos en la clínica se alejó por problemas personales. Lo que se observó dentro los grupos de mantenimiento fue una migración masiva de pacientes de un grupo determinado a otro, donde ellos consideraban que estaban los mejores profesionales que podían acompañarlos en el tratamiento. Haciendo referencia a esta situación de mi parte al coordinador entrevistado, él comentó que ejemplifica bastante la forma que describía, donde los pacientes le escapan o niegan la problemática, hasta la ponen afuera, esa conducta es la que conforma obstáculos en la adherencia terapéutica en el tratamiento. Posteriormente se indaga sobre cómo los pacientes tomaban la problemática del retiro de la coordinadora.

Paciente de 5 años de mantenimiento la cual se cambió de grupo: *“Voy a cambiar de grupo, porque en este no me gusta cómo se encaran las cosas. La coordinadora nueva no entiende nada.”*

Pacientes con 12 y 10 años de mantenimiento que permanecieron en sus grupos, donde se trabajó la ausencia de la terapeuta y qué significaba para ellos.

*“El grupo lo hace uno con el trabajo personal de cada uno, si se van no es porque no está más X, es porque tal vez no están trabajando es ciertas cosas.”*

*“Hace varios años pasó lo mismo, se fue G y después se fue T y está bárbaro. No por eso yo voy a tener que irme también.”*

Posteriormente, al cabo de dos meses el grupo se volvió a conformar. Al preguntarle a la nueva terapeuta respondió que existen muchas identificaciones con el profesional responsable del grupo por sus rasgos y su historia de vida, principalmente de su mantenimiento, ya que los terapeutas también han realizado el tratamiento con anterioridad. En el tratamiento de mantenimiento los coordinadores detallan que el trabajo pasa por una arista psicológica y se basa principalmente en la capacidad como enuncia Zukerfeld (2011)

el tratamiento reemplazar la afección de ciertos objetos por el cambio de otros suplementarios de manera que limiten conductas propias de la enfermedad.

## 6. CONCLUSIONES

Por medio de las entrevistas realizadas a los pacientes y a los coordinadores de los grupos de descenso y de mantenimiento, se han podido describir cuáles son los obstáculos que interfieren con la adherencia terapéutica en los tratamientos de obesidad.

En primera instancia los pacientes pertenecientes a los grupos de descenso detallaron a los obstáculos como problemas personales derivados del ritmo de vida como evidencia Inelmen (2005) en su investigación y cualidades propias del plan nutricional restrictivo propuesto por la institución, estas fueron reportadas con anterioridad en las investigaciones de Brosens (2015) y Vilallonga et al. (2008) como los principales obstáculos en la adherencia. Simultáneamente los coordinadores avalan la perspectiva de los pacientes pero detallan que el principal obstáculo en la etapa de descenso, en lo que corresponde a adherencia terapéutica, surge a consecuencia de una deficiencia en la aceptación y predisposición de los requerimientos conductuales que exige la etapa conductual del tratamiento. Los coordinadores detallan que para realizar bien el tratamiento es necesario aceptar que la obesidad es una enfermedad crónica, compleja como lo detalla Bersh (2006) y que tiene altibajos similares a los de la adicción descritos por Ravenna (2006) y que no alcanza solamente con la realización de un plan nutricional para su tratamiento.

Dentro de las entrevistas que se realizaron en los grupos de mantenimiento se encontró que los pacientes tienen un grado más profundo de conocimiento con respecto a la enfermedad. Cuando se les preguntó con respecto al tratamiento, formalizaron que el cambio de etapa les brindó un tratamiento terapéutico más profundo donde el trabajo consigo mismos es fundamental, así como el conocimiento sobre las recaídas y como trabajarlas, generar un proyecto de vida donde los pacientes puedan reconocerse a sí mismos como personas con conductas saludables y llenas de situaciones placenteras.

En las entrevistas a los profesionales de mantenimiento surgieron las instancias o cualidades psicológicas necesarias para que los pacientes prosigan en el tratamiento. Donde sus deficiencias se perciben como obstáculos y éstas van de manera paralela con la complejidad percibida por los pacientes en el objetivo anterior. Estas cualidades subjetivas ayudan a construir una historia de mantenimiento eficaz donde el fin es que cada paciente se mantenga dentro del tratamiento y perdure en el tiempo trabajando con circunstancias

personales como el exceso o logrando para sí mismo su propia historia y no depender de su vulnerabilidad a ciertas circunstancias, personas u objetos de placer externos.

### **6.1. Limitaciones**

Debido al gran número de pacientes que asisten a los grupos de descenso y mantenimiento en las sedes de la institución al departamento administrativo le resulta dificultoso realizar un seguimiento de las personas que no han asistido a la institución por lapsos extensos y por políticas internas de cuidado de datos personales la institución no brinda detalle de personas que se han alejado del tratamiento. Por lo tanto no se ha podido realizar una comparación de las tasas de no adherencia terapéutica con respecto a los estudios utilizados en el marco teórico.

Dentro de las tareas que he realizado en la clínica asistir a reuniones de supervisión no ha sido una de ellas, por tal motivo no he podido informarme u observar si existe algún procedimiento especial a tener en cuenta cuando los coordinadores detectan que un paciente está en riesgo de abandonar el tratamiento debido a algún obstáculo.

### **6.2. Perspectiva Crítica**

Dentro de las observaciones que he podido realizar en la institución con respecto a la adherencia terapéutica me encontré con cierta dinámica de trabajo por parte de los coordinadores en la etapa conductual del tratamiento (grupos de descenso) que dista en algunos casos de propiciar una correcta adherencia terapéutica. La institución trabaja los grupos psicoterapéuticamente polarizando el pensamiento en todo o nada, bajo este precepto los coordinadores incurren en ocasiones en proponer cambios a los pacientes donde estos pueden llegar a ser entendidos como retos o sermones por parte de los responsables. Estas directrices son entendidas bajo la concepción de adicción con la cual trabaja la institución donde confrontan a las personas con sus debilidades. Esta dinámica en el dispositivo propicia y da lugar a una posición de saber en los coordinadores y de forma contraria a las personas que están realizando el tratamiento. Posteriormente a esta configuración del dispositivo se observan como personas generan situaciones de choque contra los coordinadores para posteriormente retirarse del tratamiento o situaciones donde se jerarquiza la opinión de un coordinador por sobre la de otro. Acompañando a esta jerarquización en los

grupos existe una creencia compartida de un estado a alcanzar y mantener llamado cetosis donde en ciertas ocasiones tiene tinte de experiencia mística u religiosa.

Como se observó en el desarrollo de los objetivos, los obstáculos percibidos por los terapeutas no concuerdan con los detallados por parte de los pacientes, los profesionales detallan como génesis de obstáculos deficiencias en ciertas cualidades subjetivas en los pacientes pero en el diario desarrollo de los grupos no he podido evidenciar la existencia de instancias psicoeducativas con respecto a la adherencia terapéutica en los grupos de descenso, si en talleres pagos optativos que se brindan mensualmente en la institución. De forma contraria los pacientes pertenecientes a mantenimiento tienen amplios conocimientos en la patología y se evidencia un porcentaje mayor de tasas de adherencia al tratamiento.

### **6.3. Aporte personal**

La mayoría de los pacientes al comenzar el tratamiento se bajan la aplicación de la institución al celular. Dentro de las funcionalidades que tiene esta aplicación es seguir online los grupos nocturnos de descenso por YouTube o pueden visualizar su historial de descenso como así también la agenda de turnos pactada con los profesionales de la clínica. Como aporte personal incorporaría una nueva funcionalidad a esta aplicación, cuando esta detecte que la persona tiene irregularidades en la asistencia tanto a los grupos como con los profesionales clínicos avise al sistema utilizado en administración para que se pongan en contacto. Si la persona abandona el tratamiento la aplicación podría preguntarle por medio de una encuesta tipo Likert cuales fueron los motivos que no permitió la adherencia terapéutica. De esta manera la clínica incorporaría una nueva herramienta que le permitan aprovechar la población que allí asiste para realizar estudios estadísticos con respecto a la adherencia.

Otro de los aportes personal que haría sería la incorporación gratuita de grupos de descenso en algún lugar del Sur del conurbano ya que la clínica tiene sede en Olivos y en otras provincias pero las personas de esas zonas tienen que realizar un trayecto importante y el propio viaje le considera un obstáculo de adherencia.

## 7. REFERENCIAS

### Trabajos citados

- Aguilera, V. (2009). Evaluación de cambios en esquemas tempranos desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal. *Revista colombiana de psicología* , 18 (2), 157 - 166.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales . *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 35 (4), 537 - 547.
- Serra, B. B., Rioja, A. Q., Montané, L. S., Gutarra, D. L., Picarzo, J. P.-L., & Orgado, J. M. (2007). Terapia de grupo para el tratamiento de la obesidad infantil. *Anales de Pediatría* , 67 (1), 51 - 56.
- 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, 10 - 21.
- Brosens, C. (2009). Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. *Evidencia Actual Practica Ambulatoria* , 12 (3), 116 - 117.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Cabello, G., Martha, L., Zúñiga, Z., & Guillermo, J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL* , 10 (2).
- Cormillot, A. (2012). *Pasaporte para vivir mejor*. Buenos Aires: Publiexpress.
- Cormillot, A. (2015). Recuperado el 03 de marzo de 2018, de [www.cormillot.com/diccionario/obesidad](http://www.cormillot.com/diccionario/obesidad).
- Cristobo, C. (2011). *Obesidad Hablada : Una Experiencia Grupal*. Buenos Aires: Dunken.
- Cofré, A., Angulo, P., & Riquelme, E. (2014). Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología. *Summa Psicológica UST* , 11 (1), 89 - 98.
- Di Matteo, R., & Di Nicola, D. (1985). *Achieving Patient Compliance. The Psychology of the medical Practitioners role*. New York: Pergamon.
- ENFRE. (2013). *3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de enfermedades no transmisibles*. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2014). Obtenido de Obesity and Overweight: <http://www.fao.org/about/meetings/icn2/preparations/documentdetail/en/c/253841/>.
- Gallego, A., Gonzalez, L., & Pérez, N. (2003). Obesidad: Guías diagnóstico terapéuticas en Endocrinología Pediátrica. *Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica* .

- García, E. (1996). *Intervención cognitivo conductual de la obesidad*. Universidad de Barcelona, Hospital Clínico, Barcelona.
- Gil, L. Problemática de la obesidad. Abordaje interdisciplinario. Perspectiva psicológica. *Obesidad Síndrome Metabólico y Trastorno Alimentarios* , 19, 23 - 30.
- Grossi, E., Dalle Grave, R., Mannucci, E., Molinari, E., Compare, A., Cuzzolaro, M., y otros. (2006). Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. *International Journal of Obesity* , 30 (7), 1132.
- Gómez, C., Palma, S., Piedra, M., Bermejo, L., & Loria, V. (2009). Eficacia y predictores de cumplimiento de un programa terapéutico en pacientes con obesidad grado II complicada o mórbida no candidatos a programa de cirugía. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* , 29 (3), 25 - 31.
- Katz, M., Cappelletti, A., Kawior, I., Ackermann, M., Anger, V., Armeno, M., y otros. (2013). Documento de Consenso sobre el abordaje nutricional del paciente con sobrepeso y obesidad. (d. I. Obesidad, Ed.) *Nutrición* , 14 (1), 8 - 18.
- Levine, M., Klem, M., Kalarchian, M., Wing, R., Weissfeld, L., Qin, L., y otros. (2007). Weight gain prevention among women. *Obesity* , 15 (5), 1267- 1277.
- Vilallonga, L., Repetti, M., & Delfante, A. (2008). Tratamiento de la obesidad. Abordaje nutricional. . *Hospital Italiano* .
- Hernández, C., Canales, J., Cabrera, P., & Grey, C. (2003). *Efectos de la consejería nutricional en la reducción de obesidad en personal de salud*. Rey Med IMSS.
- Hidalgo, C., & Gottlieb, B. (2001). Comportamiento interpersonal de pacientes obesos y su relación con el éxito en un tratamiento para bajar de peso. *PSYKHE* , 10 (1), 58-59.
- Inelmen, E. (2005). Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. 29 (1), 122-128.
- Martin, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista cubana de Salud Pública* , 30 (4), 50-54.
- Martin, L., & Grau, J. A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud* (14), 88-89.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1991). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. Nueva York: Plenum Press.
- OMS, O. M. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*.
- OMS. (2015). *Obesidad y sobrepeso*. Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile* (135), 647-652.

- Painot, D., Jotterand, S., Kammer, A., Fossati, M., & Golay, A. (2001). Simultaneous nutritional cognitive behavioural therapy in obese patients. *Patient Education and Counseling*. (42), 47-52.
- Ravenna, M. (2004). *Una delgada línea, entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Ravenna, M. (2006). *La telaraña adictiva*. . Grupo Maori.
- Ruiz, A., Torres, L., & Velandia, K. (2017). Relación médico-paciente y adherencia al tratamiento. *Ciencia y Humanismo en la Salud* , 4 (1), 29-37.
- Sackett, D., & Haynes, R. (1976). Compliance with therapeutics regimens. (J. Hopkins, Ed.) 26-35.
- Silva, G., Galeano, E., & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana* , 30 (4).
- Sutin, A., Ferrucci, L., Zonderman, A., & Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult life span. *J Pers Soc Psychol*. (101), 579 - 592.
- Tusié, L. (2008). El origen multifactorial de la obesidad. *Revista de Educación Bioquímica*.
- Zukerfeld, R. (2011). Psicoterapia de la Obesidad. *Zukerfeld, R. (2011). Psicoterapia de la Obesidad. Argentina: Letra Viva*.