

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



TRABAJO FINAL INTEGRADOR

“OBESIDAD Y MOTIVACIÓN”

Tutora: Claudia Garber

Autor: Rafael Martini

ÍNDICE:

1. Introducción	3
2. Planteo del problema	3
3. Objetivos	4
4. Marco Teórico	4
4.1. Definición de obesidad y datos epidemiológicos	4
4.2. Factores desencadenantes de la obesidad	5
4.2.1. Factores fisiológicos	5
4.2.2. Factores psicológicos	6
4.2.3. Factores sociales	6
4.3. Consecuencias de la obesidad	7
4.4. Psicopatológica, diagnóstico y obesidad	9
4.5. Otros métodos para diagnosticar la obesidad	10
4.6. Prevención y obesidad	11
4.6.1. Responsabilidades en el plano social	12
4.6.2. Responsabilidades en el plano individual	13
4.7. Tratamientos para la obesidad	13
4.8. Definición de Motivación	16
4.9. Enfoques motivacionales	17
4.10. Tipos de motivación	18
4.11. Motivos para bajar de peso	20
4.12. Tratamiento y motivación	23
4.13. Investigaciones sobre motivos de adherencia para bajar de peso	24
5. Metodología	26
5.1. Tipo de estudio	26
5.2. Participantes	26
5.3. Instrumentos	26
5.4. Procedimientos	26
6. Resultados	27
7. Discusión	34
8. Bibliografía	41
Anexo	43

1. Introducción:

La práctica de habilitación profesional V se realizó en la Institución que se dedica a brindar un tratamiento para el descenso de peso, para pacientes con diferentes grados de obesidad.

El tratamiento que se ofrece es integral, cuenta con un equipo de profesionales interdisciplinario integrado por médicos, nutricionistas, psicólogos, docentes de educación física, yoga, etc, que acompañan y evalúan a los pacientes.

El centro ofrece durante los días de semana y fin de semana, grupos de descenso y mantenimiento de peso, y múltiples actividades grupales como ser yoga, esfero dinamica, gimnasio, etc.

Por lo general, los pacientes se inician con los grupos de descenso y cuando alcanzan el peso correspondiente, comienzan los grupos de mantenimiento y otras actividades que los ayudan a mantener el peso alcanzado en los grupos de descenso.

La Práctica fue de 320hs en un promedio de 20hs semanales. Se concu- rrió al Centro durante la mañana, tarde y noche, participando en diferentes gru- pos en calidad de observadores no participantes.

2. Planteo del problema:

En el presente trabajo se describirán cuáles son los motivos de adheren- cia que tienen los pacientes del Centro elegido al iniciar un tratamiento para el descenso de peso. Por otra parte, se describirá la distribución de motivos se- gún sexo, edad y grado de obesidad de los pacientes.

3. Objetivos:

General:

- Describir cuales son los motivos que tienen los pacientes al iniciar un tratamiento para el descenso de peso.

Específicos:

- Describir los motivos más elegidos por los pacientes al iniciar un tratamiento para el descenso de peso.
- Describir la distribución de los motivos de los pacientes según el sexo.
- Describir la distribución de los motivos de los pacientes según edad.
- Describir la distribución de los motivos de los pacientes según el grado de obesidad.
- Describir si el tipo de motivos de los pacientes al iniciar el tratamiento son intrínsecos o extrínsecos.

4. Marco Teórico

4.1. Definición de obesidad y datos epidemiológicos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad se define como una enfermedad crónica no transmisible, como una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Encuentran que la causa fundamental de esta enfermedad es el desequilibrio existente entre las calorías consumidas y las calorías gastadas. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que otra de las causas de la obesidad se relaciona con la realidad del mundo actual, ya que se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos y un descenso de la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento, y de una creciente urbanización.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta algunas estimaciones mundiales correspondientes al año 2008 afirmando que 1500 millones de adultos de 20 y más años tenían sobrepeso y que de esta cifra más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos y por otra parte, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial eran obesas. Por otra parte, en relación a datos más actuales del año 2010, cerca de 43 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones. En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal.

4.2. Factores desencadenantes de la Obesidad

En Argentina, según Cormillot (1993), médico especialista de la obesidad, explicita que ésta es una enfermedad que se caracteriza por un exceso de tejido adiposo cuyas células pueden aumentar en tamaño o número, y que tiene como consecuencia una disminución de la calidad de vida y de la salud de quienes la padecen.

Para Cormillot (1993), existen diferentes factores desencadenantes de la enfermedad. Son todos los hechos psicológicos, fisiológicos y sociales que ocurren en la vida de un individuo y que pueden provocar estrés o generar tensiones que pongan, a su vez, en movimiento todo lo que está latente para que se convierta en manifiesto. Estos factores desencadenantes son:

4.2.1. Los factores fisiológicos son:

- La menarca, ya que muchas adolescentes comienzan a subir de peso luego de su primera menstruación, y por otra parte, el cambio hormonal que experimentan, puede funcionar como estímulo para que aparezcan desarreglos metabólicos.

- La menopausia, ya que lo dicho anteriormente es válido para la finalización del período fértil en la mujer.
- Embarazo, ya que es una situación típica que puede desencadenar la gordura, sumado a hábitos erróneos en la historia familiar, como ser, la influencia de parientes que explicitan que durante el embarazo se debe comer por dos.
- Enfermedades de diverso tipo, incluyendo las que afectan las glándulas de secreción interna. Así como también otros cuadros crónicos que obligan a la persona estar mucho tiempo en cama.
- Intervenciones quirúrgicas como por ejemplo la extirpación de un órgano ya que puede actuar como desencadenante de la obesidad.
- Tratamientos inadecuados como ser la ingesta de pastillas para el descenso de peso pero que después producen un efecto rebote

4.2.2. Los factores psicológicos son:

- Nacimiento de un hermano ya que puede generar celos y rivalidad o sencillamente una situación de cambio
- Comienzo de la escolaridad ya que es un período crítico en el cuál distintas situaciones de ansiedad funcionan como desencadenantes.
- Casamiento ya que es algo que explicitan muchos pacientes cuando inician el tratamiento: “me casé y engordé”. Se puede asociar al cambio alimentario por las aptitudes culinarias en la mujer, el abandono de la actividad física, cambio en el estilo de vida, etc.

4.2.3. Los factores sociales:

- Los ascensos o descensos socioeconómicos ya que afectan psicológicamente y pueden modificar hábitos alimenticios.
- La publicidad ya que todos los medios promuevan y estimulan a consumir alimentos con alto contenido calórico: postres, gaseosas, golosinas, etc.
- El confort ya que le propone al hombre moderno más comodidad y menos movilidad.

- Las presiones sociales, ya que obligan al paciente obeso comer aquello que se había propuesto no comer aludiendo frases como: “me voy a ofender”, “¿un poquito qué te hacer?”.

Por último, Cormillot (2010), explicita que otro de los posibles factores desencadenantes de la obesidad se relaciona con el ambiente obesogénico. En él existen ciertas pautas de consumo que son habituales como ser:

- Consumo elevado de grasas saturadas y trans e hidratos de carbono de absorción rápida. Su consumo se incrementó a partir de los cambios en los hábitos a la hora de comer, que pasó de la comida casera al delivery y a los locales de comidas rápidas.
- Las porciones más grandes, además de comer todo lo que hay en el plato, la competencia entre los delivery hace que para conseguir más clientes aumenten la porción de comida.
- El sedentarismo, la falta de actividad física favorece el sobrepeso ya que el cuerpo no gasta toda la energía que recibe a través de los alimentos.
- Otros factores como el entorno escolar y la industria del entretenimiento en los niños pueden considerarse un ambiente que promueve la obesidad.

4.3. Consecuencias de la obesidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tener un IMC elevado es un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como: las enfermedades cardiovasculares principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular, la diabetes, los trastornos del aparato locomotor en especial la osteoartritis y algunos cánceres como ser el del endometrio, la mama y el colon. El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.

En relación a la obesidad infantil los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológico

Más allá de las complicaciones físicas existen consecuencias psicológicas y sociales de la obesidad.

Siguiendo a Basilio, Monereo y Álvarez (2000), existe una evidencia de discriminación social de los obesos más acentuada en las mujeres que en los hombres. En los resultados de un estudio longitudinal que presentan, las mujeres obesas completaban menos años de estudios, con el paso del tiempo tenían menos ingresos económicos, manteniéndose así en un estrato social más bajo, y por último tenían menos posibilidad de contraer matrimonio. Otros resultados del estudio es que los obesos en general tienen más dificultades a la hora de obtener un puesto de trabajo y son menos valorados por sus compañeros. Por lo tanto, concluyen que la obesidad es una desventaja social ya que los obesos se exponen a las consecuencias de la desaprobación pública y se afecta a la educación, el empleo y la atención a la salud.

Según Cormillot (1993), en la Conferencia de Consenso sobre la Obesidad realizada en EE.UU en el año 1985 se analizaron los problemas psicológicos que pueden producir la obesidad y se consideraron como más importantes los siguientes:

- Tendencia al aislamiento
- Reacciones fóbicas

- Depresión

- Hostilidad

- Dificultades sexuales

- Trastornos del esquema corporal

- Sentimientos de inferioridad

4.4. Psicopatología, diagnóstico y obesidad:

Según Basilio, Monereo, y Álvarez (2000), no es fácil determinar si un trastorno psiquiátrico o el síntoma psicopatológico es anterior a la obesidad o ha surgido en el curso del trastorno o simplemente a coincidido en el tiempo. Detectan que en los estudios de niños y adolescentes con obesidad se manifiestan tasas más altas de ansiedad, ánimo deprimido, sentimientos de incompetencia o inadecuación, aislamiento, soledad, dificultades de adaptación, que en los niños con peso normal. Por otra parte, en el caso de los obesos adultos no se encuentra un tipo de personalidad definida, ni rasgos psicopatológicos que puedan considerarse como propios.

Por otra parte, desde una perspectiva psiquiátrica la obesidad es un factor de riesgo para sufrir anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracones y depresión. Ésta es la enfermedad psiquiátrica más frecuente que acompaña a los trastornos de apetito. Las complicaciones emocionales de la obesidad derivan del sentimiento de fracaso por no lograr disminuir el peso, o no poder mantenerlo, especialmente en pacientes con ciclos rápidos de adelgazamiento y engorde, del sentimiento de inadecuación con la propia imagen y el sentimiento de rechazo y exclusión social.

Más allá que psicopatológicamente no exista una clasificación diagnóstica definida de la obesidad, se puede determinar un primer diagnóstico de sobrepeso y de esta manera planificar un tratamiento con el paciente.

Según Ravenna (2007), la fórmula que existe para determinar un diagnóstico de obesidad, es realizando un simple cálculo: dividiendo el peso por el cuadrado de su altura. El resultado de este cálculo es lo que se llama el índice de masa corporal (IMC).

Según Cormillot (1993), el índice de masa corporal fue ideado por un médico francés llamado Quetelet en el año 1869 pero aclara que la aceptación masiva de esta medida se produjo años más tarde. Es a partir de esta medida que pudo determinarse un diagnóstico más preciso de obesidad y realizar la siguiente clasificación en diferentes categorías según el rango de IMC.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) explicita los siguientes criterios para definir la obesidad según IMC:

18,5 – 24,9.....	Peso normal
25 – 29,9.....	Sobrepeso
30,0 – 34,9.....	Obesidad grado I
35 – 39,9.....	Obesidad grado II
> 40.....	Obesidad grado III

4.5. Otros Métodos para diagnosticar la obesidad

Según Danielle (2006), existen otros métodos para diagnosticar la obesidad en niños. Para determinar si en un organismo existe exceso de grasa debe recurrirse a métodos especiales, indirectos, algunos de los cuales son de fácil acceso para pediatras y nutricionistas otros están restringidos, debido al alto costo de los equipos y máquinas necesarias. Los Métodos mecánicos de fácil acceso son los siguientes:

- **Bioimpedancia eléctrica**: consiste en la aplicación de corriente eléctrica de baja intensidad. Lo que se mide es la resistencia al paso de la corriente eléctrica. La resistencia a la corriente tendrá relación con la cantidad de tejidos capaces de conducir la electricidad, un concepto que tiene que ver con el agua corporal total, la longitud corporal, la relación entre el tamaño de los miembros y el tronco entre otros. Una vez que se obtiene el dato de la cantidad de agua total, puede deducirse la cantidad de tejido magro y en consecuencia la cantidad de grasa y el porcentaje de ésta en función del peso corporal total.

- Medición de agua corporal total por dilución de marcadores: está basado en el principio físico de la dilución, por medio del cuál se determina que el volumen de un recipiente es igual al volumen de un marcador agregado a él, dividido por la concentración de dicho marcador en el recipiente en el que se coloca. La técnica implica que debe conocerse con anterioridad el valor del agua corporal total. El paciente ingiere un líquido que reacciona y puede ser medido mediante cromatografía o absorción infrarroja.
- Relación peso talla: este método mide la masa corporal total del niño, pero se ve limitada en que no tiene en cuenta la cantidad de masa grasa que posee. En general se aplica en niños pequeños.
- Medición de pliegues de grasa subcutánea: la grasa subcutánea constituye aproximadamente el 50% de masa corporal total. A través de un lipocalibrador se pueden medir los pliegues de grasa subcutánea.
- Medición de la relación cintura cadera: se lo denomina índice cintura cadera y se utiliza con frecuencia actualmente en prevención de enfermedades crónicas, se ha establecido que la acumulación de grasa en la zona abdominal es la que más se asocia con la diabetes tipo II y las enfermedades cardiovasculares.
- Medición de circunferencia de cintura: Es uno de los métodos más simples, aunque no como única alternativa ya que sus resultados se combinan con los de otras técnicas. No es el más utilizado ya que existen discrepancias acerca de cuál es el punto exacto para medir la cintura.

4.6. Prevención y Obesidad

Según Escofet (1994), es de suma importancia dejar en claro que la problemática de la obesidad tiene que ser abordada desde la prevención. Para él es necesario desarrollar e implementar medidas preventivas en relación a la obesidad, especialmente en grupos de riesgo de: obesidad familiar, obesidad

del lactante, alteraciones del comportamiento alimentario y enfermedades incapacitantes.

Por otra parte, explicita que se deben implantar estrategias para desarrollar programas adecuados en el ámbito escolar de educación sanitaria, sobre conocimientos nutricionales básicos, estimular la actividad física, cambios educativos sobre comportamiento alimentario y seguimiento somatométrico permanente desde la lactancia.

En esta misma dirección actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), dice que el sobrepeso y la obesidad son también en gran parte prevenibles explicitando que existen responsabilidades en el plano social e individual para que esto suceda.

4.6.1. Responsabilidades en el plano social:

- Dar apoyo a las personas mediante un compromiso político sostenido y la colaboración de las múltiples partes interesadas públicas y privadas y lograr que la actividad física periódica, y los hábitos alimentarios más saludables sean económicamente asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular las personas más pobres.
- La industria alimentaria puede desempeñar una función importante en la promoción de una alimentación saludable:
 - ❖ Reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos elaborados;
 - ❖ Asegurando que todos los consumidores puedan acceder física y económicamente a unos alimentos sanos y nutritivos;
 - ❖ Poniendo en práctica una comercialización responsable, y
 - ❖ Asegurando la disponibilidad de alimentos sanos y apoyar la práctica de una actividad física periódica en el lugar de trabajo.

4.6.2. Responsabilidades en el plano individual:

- Limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos
- Limitar la ingesta de azúcares
- Realizar una actividad física periódica
- Lograr un equilibrio energético y un peso normal

4.7. Tratamientos para la obesidad

Siguiendo a Cuevas y Reyes (2005), la obesidad debe ser tratada de manera integral y desde una perspectiva multidisciplinaria. Quiere decir que durante el tratamiento el paciente obeso debe contar con médicos nutriólogos, nutricionistas, fisiatras, psicólogos, cirujanos, etc. Por otra parte, el tratamiento debe contemplar los siguientes aspectos principales:

- Dietoterapia: ya que la dieta es el factor esencial de las intervenciones para la reducción de peso. Para la elaboración de la misma es fundamental determinar la ingesta nutricional, los requerimientos calóricos y las comorbilidades.
- Actividad física: ya que el ejercicio es un potente activador de lipólisis lo cual libera ácidos grasos desde los triglicéridos almacenados como grasa para ser utilizados como fuente energética. Realizar actividad física regular, parece ser el componente del tratamiento que más promueve la mantención a largo plazo del peso reducido. Los ejercicios físicos más indicados para la reducción de peso son aquellos que incrementan la frecuencia cardíaca y el gasto energético.
- Modificación conductual cognitiva: ya que las terapias cognitivo conductuales son estrategias eficaces para modificar hábitos de alimentación y de actividad física de los pacientes obesos. Este tipo de terapia puede ser realizada en forma individual o grupal.

- Farmacoterapia: ya que el uso de fármacos debe ser considerado coayudante del tratamiento y es considerada para aquellos pacientes obesos que padezcan alguna enfermedad asociada a la obesidad. Existen distintos tipos de fármacos para el tratamiento de la obesidad: los que reducen la ingesta alimentaria, los que reducen la absorción de nutrientes y los que aumentan el gasto energético.

Por otra parte, Cuevas y Reyes (2005), explicitan que otra posibilidad de tratamiento para la obesidad es el quirúrgico pero sólo para los pacientes que tuvieron una respuesta inadecuada al tratamiento médico y que padecen un tipo de obesidad mórbida. Está demostrado que este tipo de tratamiento es efectivo en la reducción de peso y en la mejoría de comorbilidades asociadas a la enfermedad.

Según Cormillot (2010), anteriormente los tratamientos para adelgazar se focalizaban exclusivamente en modificar el estilo de vida poniendo la atención en la alimentación y el ejercicio físico. Sin embargo, en los últimos años se desarrollaron distintas maneras de complementar estos pilares gracias a los nuevos descubrimientos. De esta manera fue posible construir la pirámide terapéutica de la Obesidad.

En el primer escalón de la pirámide se encuentra la educación terapéutica donde se incluyen todas las modificaciones de conductas y actitudes que el paciente puede ejercer para controlar su peso y mantenerse.

En el segundo escalón de la pirámide se encuentran todos aquellos fármacos que colaboran con el descenso de peso sin actuar sobre el sistema nervioso central, como ser: el orlistat, que actúa inhibiendo la absorción de parte de las grasas que se ingieren a nivel gastrointestinal. Su uso está aprobado en pacientes de 12 a 16 años.

En el tercer escalón de la pirámide se encuentran específicamente un fármaco pensado para la obesidad que actúa sobre el sistema nervioso central. Este es: Sibutramina un medicamento que favorece la anorexia con mecanis-

mos diferentes a los anorexígenos anteriores, aumenta levemente el gasto metabólico. Vale aclarar que actualmente este fármaco está prohibido.

En el cuarto escalón se reúnen un grupo de fármacos que no fueron desarrollados especialmente para la obesidad pero se usan para su tratamiento porque se encontró que en algunos casos son favorables. Estos son:

IRRS (antidepresivos reguladores de la serotonina): actúan sobre la serotonina que es un químico cerebral que actúa sobre la regulación del ánimo, el sueño, la vida sexual y el apetito entre otras funciones. Se encontró que algunos anti-depresivos de los IRRS ayudaban a regular el peso.

El bupropión: su principal acción se centra sobre la noradrenalina y la dopamina, neurotransmisores reguladores del estado del ánimo. Se utiliza en los tipos de obesidad donde la comida cumple un rol de recompensa, sobreestimulando los centros de placer. Se demostró una fuerte acción en la prevención de aumento de peso en personas que dejan de fumar.

Topiramato: medicamento anticonvulsivante, se indica en pacientes de un comer compulsivo.

En quinto escalón aparece el fenómeno de la internación que suele indicarse en pacientes que:

- Tienen un gran sobrepeso y complicaciones que ponen al paciente en riesgo de la propia vida
- Necesitan adelgazar más rápido por sus complicaciones
- Deben realizar un programa de aprendizaje intenso.

Es un programa integral transdisciplinario que incluye educación obesológica y nutricional, actividad física, apoyo psicológico y cuidado médico.

En el sexto escalón se encuentran los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos utilizados en el tratamiento de la obesidad severa y se dividen en:

- Bypass gástrico
- Banda gástrica ajustable
- Manga gástrica ajustable

En la cúspide de la pirámide se encuentra la cirugía reparadora que es el complemento ideal para aquellos que después de haber perdido mucho peso soportan tejidos flácidos que no se recuperan una vez establecido el mantenimiento del peso alcanzado.

Por último, Cormillot (2010), aclara que sea cual fuere la opción de la pirámide para el tratamiento de la obesidad que se elija es bueno saber que los cambios en la alimentación, el movimiento y el estilo de vida no se pueden dejar de lado aunque se usen los demás escalones. Y también recordar que la obesidad es una enfermedad crónica que requiere de tratamiento continuo para evitar y prevenir recaídas.

Al haber explicitado nociones fundamentales de la obesidad y algunas características fundamentales como ser los tipos de factores que la desencadenan, y los tipos de obesidad existentes, etc, se explicitará a continuación el concepto de motivación, los tipos de motivación, etc, para luego poder comenzar a desarrollar cuáles son los motivos que tienen los pacientes para iniciar un tratamiento de descenso de peso.

4.8. Definición de Motivación

Según Gross (1998), siguiendo una definición popular, la motivación se refiere al por qué las personas actúan como lo hacen. Preguntarse el por qué, es un cuestionamiento sobre las causas, es decir, poder identificar cuáles son las razones del comportamiento humano. La conducta motivada es una conducta propositiva, dirigida a metas.

Por otra parte, según Martos (2003), la motivación son las fuerzas que impulsan a un organismo hacia la consecución de un fin, quiere decir que la motivación crea impulsos más o menos potentes que nos llevan de la mano hacia un objetivo propuesto. Cuando la conducta alcanza su fin, esa acción de denomina respuesta consumatoria, quiere decir que se ha consumando la meta propuesta. Ahora bien, cuando el objetivo no se obtiene, sobreviene la frustración que es lo que uno persona siente cuando no logra alcanzar la meta propuesta.

Según Huertas (1998), la motivación debe comprenderse como un proceso de activación y orientación hacia la acción. En este proceso motivacional se incluyen factores cognitivos y afectivos que influyen en la elección, iniciación, dirección, magnitud y calidad de una acción que persigue alcanzar un fin determinado. Por lo tanto, se observa que la motivación es un proceso complejo en el cuál se manifiestan no sólo impulsos, sino también factores cognitivos y afectivos de las personas.

En este sentido analítico y complejo de la motivación Maslow (1987), desarrolla el concepto de metamotivación la cuál se refiere a aquella conducta que está inspirada por las necesidades y valores de crecimiento para la persona. Es una forma de motivación que adopta la forma de devoción de ideales. La frustración de las metanecesidades personales se traduce en metapatologías, quiere decir que existe ausencia de valores, significado o satisfacción en la vida de una persona.

4.9. Enfoques Motivacionales:

Más allá de las diferentes definiciones que se pueden dar del concepto motivación, Gross (1998), explicita que dentro de la ciencia psicológica existen diferentes enfoques teóricos que explican de distinta manera las causas o motivos de la conducta humana:

- Enfoque psicoanalítico: intentará explicar la conducta del hombre a partir de los motivos y deseos inconscientes.
- Enfoque conductista: intentará explicar la conducta del hombre a partir de los programas de reforzamiento. Es decir que la conducta está regulada por sus consecuencias.
- Enfoque humanista: intentará explicar la conducta en relación a los motivos de autorrealización de las personas.
- Enfoque cognoscitivo: intentará explicar la conducta en relación al pensamiento de la personas.

4.10. Tipos de Motivación

Según Huertas (1998), existe una diferencia entre una acción motivada intrínsecamente y otra motivada extrínsecamente. Quiere decir que una acción puede surgir de intereses o necesidades personales, o puede estar regulada por los dictámenes situacionales en los que el individuo se encuentra.

Denomina motivación intrínseca o autorregulada cuando el interés es la propia actividad, que sea un fin en sí mismo. Son acciones que se llevan a cabo en ausencia de contingencia externa aparente, quiere decir que no hay recompensa que la regule.

Según Cuadrado (2008), una persona motivada intrínsecamente centra sus intereses en la realización de la propia tarea, quiere decir que su interés no está promovido por el deseo de reconocimiento social, ni por la obtención de recompensas externas o materiales, sino por la satisfacción personal que le produce sentirse competente.

Por otra parte, Huertas (1998) dice que existe motivación extrínseca cuando la finalidad de la acción, la meta, tiene que ver con una contingencia externa, con una promesa de un beneficio tangible y exterior.

En este sentido Huertas (1998), también presenta otra forma de explicar la motivación humana siguiendo los trabajos de DeCharms, quién habla de la causalidad personal como la experiencia subjetiva y real de sentirse uno mismo agente de la acción. Explicita que los diferentes grados de causalidad personal se pueden organizar en un continuo con dos polos extremos:

- **El origen:** en donde se encuentran las acciones autodeterminadas, libres de ser concebidas como impuestas y suponiendo que cuando una persona realiza una conducta guiada por sus causas internas y bajo un control personal, ésta tendrá una carga afectiva positiva, siendo más optimista, confiado, aceptando más el riesgo, etc.
- **El peón:** representaría el otro extremo del continuo, en el cuál, encontraríamos conductas que se encuentran al servicio y sujetadas de fuerzas externas, aquellas que el sujeto se siente obligado a realizar. En la medida en que se piense que lo que se hace está determinado y controlado por causas ajenas a la persona, esas acciones denotarán afectos negativos, indecisión, se evita el riesgo y como consecuencia la persona se desmotivará.

Por otra parte, también se puede pensar que la persona puede sentirse movida a actuar por lo que se llama motivación social, entendida según García (1997) como aquella motivación por la cuál la presencia o las acciones de otros sujetos tienen efectos sobre una persona. La presencia de éstos pueden producir efectos de:

- **Coacción y audiencia:** se relaciona con la influencia motivadora que tiene la presencia de otros sobre un sujeto. Se produce en la persona un aumento en la activación y el rendimiento cuando el sujeto compite contra otros sujetos en vez de hacerlo frente al cronómetro. El efecto de

audiencia se produce cuando el sujeto aún sin competir en presencia de otros, se sabe observado por otros.

- **Difusión de la responsabilidad:** se observa en el hecho de que haya varios sujetos en una situación en la que se necesita una conducta de ayuda, se difumina la motivación para ejercer dicha conducta, ya que uno de los sujetos al observar que los otros tampoco llevan la conducta de ayuda estima que tal vez la situación no es tan relevante por lo cuál acalla su potencial de conducta.
- **La conformidad:** pone de manifiesto como la respuesta de otros aunque fueran equivocadas, pueden modificar la conducta de un sujeto aunque éste esté seguro de que su conducta es la correcta.
- **La obediencia:** puede ser entendida como una forma de conformidad ya que el sujeto que debe obedecer piensa que la mayoría lleva a cabo la conducta que a él le exigen.

Según García (1997), lo que diferencia a la conformidad de la obediencia es que en la primera se produce una influencia implícita, mientras en la segunda una influencia explícita. Por otra parte, la fuente de la conformidad es la presión del grupo, mientras que la fuente de la obediencia es el sujeto. Y como tercera diferencia se observa que en la conformidad el estatus de los sujetos que influyen en la respuesta del otro sujeto es similar al de éste, mientras que en la obediencia el estatus del sujeto que ordena suele ser asimétricamente superior.

4.11. Motivos para bajar de peso:

Según Martos (2003), una persona necesita grandes dosis de motivación para decidirse a iniciar un tratamiento para el descenso de peso. Aclara que si la decisión tomada está motivada intrínsecamente, a la persona se le presenta una meta placentera a cumplir como ser:

- Recuperar la autoestima
- Demostrarse así mismo la fuerza de voluntad,
- La capacidad y decisión personal de poner a salvo la propia salud.

Esto no quiere decir que la persona deba afrontar distintas situaciones displacenteras ya que se encuentra realizando un tratamiento en el cuál deberá ejercer nuevas conductas y hábitos, renunciar a ciertas rutinas alimentarias, conductas, etc.

Por otra parte, según Martos (2003), si una persona decide comenzar un tratamiento para el descenso de peso pero se encuentra motivada externamente, la voluntad flaquea y se deja vencer fácilmente ya que los motivos no son personales sino que provienen del exterior. Estos pueden ser:

- Indicación del médico
- Sugerencia del cónyuge
- Sugerencia de amigos
- Lo proclaman los compañeros de trabajo

Por ello, según Martos (2003), los motivos para adelgazar deben apropiarse en la persona interiormente. De todas maneras, en muchas ocasiones la motivación aparentemente externa puede convertirse fácilmente en interna y de esta manera cumplir una función propulsora para la persona.

Quiere decir, que en muchas oportunidades las injerencias ajenas en relación al sobrepeso de una persona (como ser un juicio discriminatorio), pueden influir en ésta, y a la vez funcionar como un motivo de cambio aparentemente externo, pero que luego podrá transformarse en un motivo personal e interno para comenzar y permanecer en un tratamiento.

Según Cormillot (2010), los pacientes encuentran diferentes motivos para iniciar un tratamiento de descenso de peso como ser:

- Mejorar la salud
- Mejorar la calidad de vida
- Mejorar la sexualidad
- Obtener mayor movilidad
- Lograr mayor aceptación social
- Elevar su autoestima
- Mayor seguridad en uno mismo
- Mayor posibilidad de uso de ropa
- Mayor capacidad laboral, menor discriminación,
- Obtener mayor cantidad de elogios de su entorno social

Por otra parte, según Cormillot (2010), hay ciertas premisas que colaboran y motivan a los pacientes a salir de la obesidad:

- Que la incomodidad se haga intolerable
- Que pueda vislumbrar que el cambio es mejor cueste lo que cueste.
- Que note que el camino de salida es más fácil de lo que cree.
- Que no se apoye solo en el factor de la voluntad y confíe que los cambios son más fáciles si los hace poco a poco.

Por último, Cormillot (2010), explicita que nadie podrá obligar a adelgazar a una persona si no está personalmente dispuesta a lograrlo. La decisión debe ser propia, personal y ninguna persona puede imponérselo. Inclusive para muchas personas continuar siendo gordo tienes sus ventajas o motivos aunque resulte contradictorio. Estás son algunos de los motivos:

- Recibir ayuda de la gente
- Generar lástima en el entorno
- Continuar siendo cómodo
- Demostrar poder
- Comer sin limite y calmarse con la comida
- Tapar problemas

- Continuar negando
- Decir que lo más importante es lo interior y no la imagen física
- Adaptarse a la ilusión de lo mágico sin esfuerzo
- Ser el centro de atención
- Usar ropa cómoda
- No arreglarse
- Realizar actividades pasivas

En esta misma dirección del Dr. Cormillot, Ravenna (2006), dice que la sociedad, el entorno bombardea a las personas constantemente pero el camino a la solución personal, el cambio, debe provenir del interior de las personas y no desde afuera.

4.12. Tratamiento y Motivación:

Algunos autores como Ferrer (2006), explicitan que durante la aplicación de un programa para el tratamiento de descenso de peso pueden manifestarse algunos errores que desmotivan al paciente y que le impiden avanzar en tratamiento, como ser:

- No escribir una lista de los motivos para disminuir de peso
- No establecer por escrito cuantos kilos desea bajar
- No realizar una lista de premios, o que no se les otorgue de manera apropiada
- No realizar un contrato con el tratamiento

En este sentido, según Ferrer (2006), realizar una lista de los motivos para disminuir el peso permite al paciente visualizar cuales son los beneficios que espera obtener, y si estos son los suficientemente valiosos. De esta manera el paciente encontrará mayor motivación para realizar un tratamiento

Según Escofet (1994), otro de los factores que dificultan la adherencia y permanencia en el tratamiento, es la falta de educación sanitaria que propor-

cionan los médicos a los pacientes, ya que en muchas oportunidades existe una relación médico-enfermo centrada en un modelo paternalista, según el cual, el profesional, el experto indica lo que se debe hacer, y el enfermo cumple con lo pedido, es decir no pregunta, ni cuestiona, solo cumple.

En sentido contrario, según Cormillot (2010), existen diversas estrategias que aumentan la motivación del paciente durante el tratamiento:

- Pedirle a alguien que sea compañero de ejercicio. Tener un compañero con quién realizar actividad colabora a dar continuidad al esfuerzo.
- Escuchar música mientras se realizan actividades de resistencia.
- Programar tareas físicas para el día o la semana siguiente como por ejemplo: lavar el auto, hacer las compras, etc.
- Agendar los momentos de ejercicio como si fuesen una cita importante.
- Mantener un registro de lo que se hace y del progreso obtenido.
- Programar por adelantado el tiempo libre, las vacaciones, qué hacer cuando haga mal tiempo, etc.

4.13. Investigaciones sobre motivos de adherencia para bajar el peso:

Según Yeager (2001), a partir de la revisión de 166 estudios realizados en la Universidad de Columbia británica en Vancouver, observaron que bajar de peso servía para reducir la presión arterial en la misma medida que los medicamentos. De esta manera para muchas personas el motivo para comenzar a realizar un tratamiento de descenso es mejorar la salud, ya que son pacientes que sufren de hipertensión.

Otro estudio sobre un caso clínico presentado por García, Rodríguez y de Cos Blanco (2010), en la revista española de obesidad, muestra que los motivos de adherencia a un tratamiento para la descender de peso de un paciente de sexo femenino, de 36 años de edad y con un IMC de 31,7 fueron: la presión del entorno (madre y hermanas) y problemas estéticos, explicitando “poder ponerme la ropa que antes me quedaba bien”.

Por otra parte, Plasencia (2009), explicita en una de sus investigaciones, un estudio realizado en Cuba sobre la adherencia y abandono al tratamiento en mujeres obesas, en el cuál se explicita que es frecuente que la mayoría de pacientes obesos o con sobrepeso deseen adelgazar por problemas estéticos, dándole menos importancia a la preservación de la salud. Por otra parte, en algunas de las conclusiones se menciona que la edad del paciente, y el grado de obesidad con el que acuden a la consulta son factores propios de cada individuo que deben considerarse a la hora de realizar medidas de intervención para lograr una mejor adhesión al tratamiento. Según el presente estudio las mujeres de mayor edad y con un mayor grado de obesidad necesitan mayor atención.

En la revista *obesidad* de la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios, se presenta un ensayo de Jarrúz y Juiz (2010), en el cuál se manifiestan cuales son los motivos de consulta que realizan los padres por la obesidad de sus hijos menores de edad. Los motivos son: evitar sufrir discriminación y burlas, la imposibilidad de realizar actividades deportivas y el sentimiento de exclusión de sus hijos por tener lesionada su autoestima personal y social.

En otro estudio de diseño cuasiexperimental sobre obesidad y autoestima realizado por Sánchez, Guzmán y González (2005), se observó como resultado, que la pérdida de peso en los pacientes fue motivado por el aumento de autoestima a partir de las intervenciones que realizaban los psicólogos durante las diferentes etapas del tratamiento, reconociendo que habría que llevar a cabo investigaciones adicionales para relacionar ambas variables. De esta manera se explicita que otro motivo significativo para bajar de peso es mejorar o elevar la autoestima personal.

5. Metodología:

5.1. Tipo de estudio: descriptivo

5.2. Participantes:

El presente trabajo se llevó a cabo con un grupo de pacientes de descenso de peso que inicia su tratamiento en la institución elegida. El mismo cuenta con 35 participantes 5 hombres y 30 mujeres, siendo el promedio de edad 50 años.

5.3. Instrumentos:

Se les entregó a los pacientes integrantes del grupo una encuesta al inicio del tratamiento, para obtener información y luego poder describir la variable de estudio propuesta: la motivación para el descenso de peso.

La encuesta abarcó las áreas de las motivaciones intrínsecas y extrínsecas de los participantes como ser: elevar la autoestima, mejorar la calidad de vida, mayor aceptación social, mayor seguridad en uno mismo, sufrir menor discriminación, recomendación del médico, evitar burlas, etc.

Se observó el proceso del grupo dos horas por día durante dos semanas, en calidad de observadores no participantes. .

5.4. Procedimiento:

La encuesta se administró sólo al inicio del tratamiento para poder describir cuáles y qué tipo de motivaciones tienen los pacientes para el tratamiento.

Por otra parte, se observó al grupo de pacientes encuestados durante dos semanas, dos horas por día.

6. Resultados:

A continuación se presentan los resultados obtenidos en tablas y un gráfico de acuerdo a los objetivos específicos planteados.

Las tablas revelan porcentajes en relación a la cantidad de personas encuestadas que eligieron los diferentes motivos presentados en la encuesta que se les administró en el inicio del tratamiento. Quiere decir que las tablas indican el porcentaje de personas que según sexo, edad y grado de obesidad eligieron cada uno de los motivos. Por ejemplo: en la tabla 1, se puede leer qué porcentaje de personas eligió cada uno de los motivos, como ser: el 80% de las personas encuestadas seleccionó mejorar la calidad de vida como uno de los motivos de adherencia al tratamiento.

Por otra parte, a diferencia de las tablas, los porcentajes del gráfico sobre motivos internos y externos, se calcularon a partir del total de respuestas obtenido de todas las encuestas, y no a partir de la cantidad de personas. Quiere decir, que los valores del gráfico indican el porcentaje de motivos internos y externos elegidos por los pacientes en el inicio del tratamiento.

Describir los motivos más elegidos por los pacientes al iniciar un tratamiento para el descenso de peso.

Tabla 1. Motivos más elegidos por los pacientes al inicio del tratamiento

Motivos	Porcentajes
Mejorar la calidad de vida	80%
Mejorar la salud	77%
Mejorar la imagen física	71%
Mayor posibilidad de uso de ropa	66%
Elevar la autoestima	60%
Obtener mayor seguridad en uno mismo	57%
Obtener mayor movilidad física	54%
Recomendación del médico, familia, pareja o amigos	40%
Practicar un deporte	23%
Lucir mejor en eventos especiales	23%
Obtener mayor cantidad elogios y reconocimiento positivo de los otros familia, pareja, amigos	14%
Otros motivos	11%
Lograr mayor contacto social: asistir a fiestas, cumpleaños, etc	9%
Mayor seguridad en las relaciones sexuales	9%
Lograr mayor aceptación social	9%
Obtener mejor desempeño en el trabajo	9%
Conseguir pareja o amigos	6%
Evitar burlas de conocidos o allegados	6%
Sufrir menor discriminación	3%
Obtener mejor presencia para conseguir un empleo	0%

Los datos expresados en la tabla 1 explicitan que los motivos más elegidos por los pacientes para adherirse e iniciar un tratamiento de descenso de peso son: mejorar la calidad de vida (80%), mejora la salud (77%), mejorar la imagen física (71%), mayor posibilidad de uso de ropa (66%), elevar la autoestima (60%), obtener mayor seguridad en un mismo(57%), obtener mayor movilidad física (54%) y recomendación de médico familia, pareja o amigos (40%).

Describir la distribución de los motivos de los pacientes según el sexo.

Tabla 2. Motivos elegidos por las pacientes de sexo femenino y masculino

Motivos	Femenino (nº 30)	Masculino (nº 5)
Mejorar la calidad de vida	83%	60%
Mejorar la imagen física	77%	40%
Mejorar la salud	73%	100%
Mayor posibilidad de uso de ropa	67%	60%
Elevar la autoestima	63%	40%
Obtener mayor seguridad en uno mismo	63%	20%
Obtener mayor movilidad física	53%	60%
Recomendación del médico, familia, pareja o amigos.	37%	60%
Lucir mejor en eventos especiales	23%	20%
Practicar un deporte	20%	40%
Lograr mayor contacto social: asistir a fiestas, cumpleaños, etc	13%	0%
Obtener mayor cantidad elogios y reconocimiento positivo de los otros: familia, pareja, amigos	13%	20%
Otros motivos	13%	20%
Mayor seguridad en las relaciones sexuales	10%	20%
Lograr mayor aceptación social	10%	0%
Obtener mejor desempeño en el trabajo	10%	0%
Conseguir pareja o amigos	7%	0%
Evitar burlas de conocidos o allegados	7%	0%
Sufrir menor discriminación	3%	0%
Obtener mejor presencia para conseguir un empleo	0%	0%

Los datos expresados en la tabla 2 describen la distribución de motivos elegidos por los pacientes de sexo masculino y de sexo femenino al iniciar un tratamiento para el descenso de peso. Los motivos más elegidos por los pacientes de sexo femenino fueron: Mejorar la calidad de vida (83%), mejorar la imagen física (77%), mejorar la salud (73%), mayor posibilidad de uso de ropa (67%), elevar la autoestima (63%), obtener mayor seguridad en uno mismo (63%) y obtener mayor movilidad física (53%). Mientras que los motivos más elegidos por los pacientes de sexo masculino fueron: mejorar la salud (100%), mejorar la calidad de vida (60%), recomendación del médico, familia, pareja o

amigos (60%), obtener mayor movilidad física (60%), mayor posibilidad de uso de ropa (60%) y elevar la autoestima, practicar un deporte y mejorar la imagen física todos con un (40%).

Describir la distribución de los motivos de los pacientes según edad.

Tabla 3. Motivos elegidos por los pacientes según edad

Motivos	Menos de 40 años / Más de 40 años	
	(n° 15)	(n° 20)
Mayor posibilidad de uso de ropa	87%	50%
Elevar la autoestima	80%	45%
Mejorar la calidad de vida	80%	75%
Mejorar la imagen física	80%	65%
Obtener mayor seguridad en uno mismo	73%	45%
Mejorar salud	67%	85%
Obtener mayor movilidad física	47%	60%
Recomendación del médico, familia, pareja o amigos	33%	45%
Lucir mejor en eventos especiales	27%	20%
Lograr mayor aceptación social	20%	0%
Lograr mayor contacto social: asistir a fiestas, cumpleaños, etc	20%	0%
Obtener mayor cantidad elogios y reconocimiento positivo de los otros: familia, pareja, amigos	13%	15%
Mayor seguridad en las relaciones sexuales	13%	5%
Practicar un deporte	13%	30%
Otros motivos	13%	5%
Obtener mejor desempeño en el trabajo	7%	5%
Conseguir pareja o amigos	7%	5%
Sufrir menos discriminación	7%	0%
Evitar burlas de conocidos o allegados	7%	5%
Obtener mejor presencia para conseguir un empleo	0%	0%

Los datos obtenidos en la tabla 3 reflejan los motivos elegidos al iniciar un tratamiento de descenso de peso por los pacientes menores y mayores de 40 años. Los motivos más elegidos por los pacientes menores de 40 años fueron: Mayor posibilidad de uso de ropa (87%), elevar la autoestima (80%), mejorar la calidad de vida (80%), mejorar la imagen física (80%), obtener mayor seguridad

en uno mismo (73%), mejorar salud (67%) y obtener mayor movilidad física (47%). Por otra parte, los motivos más elegidos por los pacientes con más de 40 años fueron: mejorar la salud (85%), mejora la calidad de vida (75%), mejorar la imagen física (65%), obtener mayor movilidad física (60%), mayor posibilidad de uso de ropa (50%) y recomendación del médico, familia, pareja o amigos, elevar la autoestima y obtener mayor seguridad en uno mismo, todos con el (45%).

Describir la distribución de los motivos de los pacientes según el grado de obesidad.

Tabla 4. Motivos elegidos por los pacientes según grado de obesidad

Motivos	Sobrepeso (nº 14)	Obesidad I (nº 8)	Obesidad II (nº 8)
Mejorar la imagen física	79%	75%	75%
Mejorar la salud	71%	100%	100%
Mejorar la calidad de vida	64%	88%	88%
Mayor posibilidad de uso de ropa	64%	75%	75%
Elevar la autoestima	64%	75%	50%
Obtener mayor seguridad en uno mismo	57%	75%	25%
Obtener mayor movilidad física	57%	50%	88%
Recomendación del médico, familia, pareja o amigos.	36%	50%	38%
Lucir mejor en eventos especiales	29%	38%	0%
Conseguir pareja o amigos	14%	0%	0%
Practicar un deporte	14%	25%	38%
Lograr mayor contacto social: asistir a fiestas, cumpleaños, etc	14%	13%	13%
Lograr mayor aceptación social	7%	13%	0%
Sufrir menor discriminación	7%	0%	0%
Obtener mayor cantidad elogios y reconocimiento positivo de los otros: familia, pareja, amigos	7%	38%	0%
Evitar burlas de conocidos o allegados	7%	0%	0%
Otros motivos	7%	13%	13%
Mayor seguridad en las relaciones sexuales	0%	25%	0%
Obtener mejor presencia para conseguir un empleo	0%	0%	0%
Obtener mejor desempeño en el trabajo	0%	13%	13%

Los datos obtenidos en la tabla 4 presentan los motivos elegidos por los pacientes de acuerdo al peso y grado de obesidad. Los motivos más elegidos por los pacientes con sobrepeso fueron: mejorar la imagen física (79%), mejorar la salud (71%), mejorar la calidad de vida (64%), mayor posibilidad de uso de ropa (64%), elevar la autoestima(64%), obtener mayor seguridad en uno mismo y obtener mayor movilidad física ambos con un(57%).

Los motivos más elegidos por los pacientes con un grado de obesidad I fueron: Mejorar la salud (100%), mejorar la calidad de vida (88%), mejorar la imagen física (75%), mayor posibilidad de uso de ropa (75%), elevar la autoestima (75%), obtener mayor seguridad en uno mismo (75%), obtener mayor movilidad física (50%) y recomendación del médico, familia, pareja o amigos (50%)

Los motivos más elegidos por los pacientes con un grado de obesidad II fueron: Mejorar la salud (100%), Mejorar la calidad de vida (88%), obtener mayor movilidad física (88%), mayor posibilidad de uso de ropa (75%), mejorar la imagen física (75%) y elevar la autoestima (50%).

Describir si el tipo de motivos de los pacientes al iniciar el tratamiento son intrínsecos o extrínsecos.

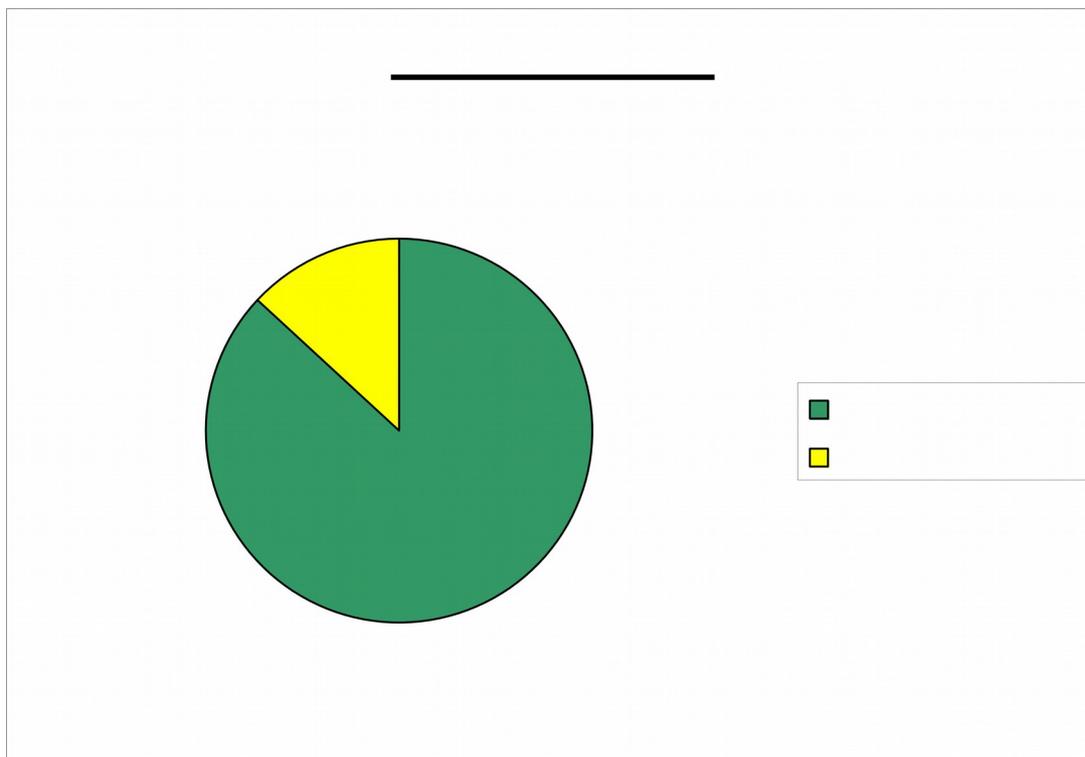
De acuerdo lo explicitado por Huertas (1998), y Cuadrado (2008) en relación a la motivación intrínseca y extrínseca se han clasificado los motivos de la encuesta. La motivación intrínseca se manifiesta cuando las acciones surgen a partir de deseos, intereses y necesidades personales manifestándose un sentimiento de competencia en la persona que realiza la acción, mientras que en la motivación extrínseca, las acciones no surgen a partir de los deseos, necesidades o intereses de la persona, sino mas bien, a partir de recompensas externas, reconocimiento social y dictámenes situacionales.

A partir de lo explicitado se han clasificado los motivos de la encuesta de la siguiente manera:

Motivos externos: recomendación del médico, familia, pareja o amigos, lograr mayor aceptación social, sufrir menor discriminación, obtener mayor cantidad elogios y reconocimiento positivo de los otros: familia, pareja, amigos, evitar burlas de conocidos o allegados

Motivos internos: Mejorar la salud, mejorar la calidad de vida, mejorar la imagen física, conseguir pareja o amigos, mayor seguridad en las relaciones sexuales, obtener mayor movilidad física, practicar un deporte, elevar la autoestima, mayor posibilidad de uso de ropa, obtener mayor seguridad en uno mismo, obtener mejor desempeño en el trabajo, lucir mejor en eventos especiales y lograr mayor contacto social: asistir a fiestas, cumpleaños, obtener mejor presencia para conseguir un empleo.

Grafico 1. Tipos de motivos por los pacientes al inicio del tratamiento



El grafico 1 describe, que sobre el total de motivos elegidos por todos los pacientes encuestados, el 87 % fueron motivos internos y el 13% fueron motivos externos.

7. Discusión:

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo se explicita que:

- Los motivos más elegidos por los pacientes en el inicio del tratamiento están en consonancia con los motivos explicitados por Cormillot (2010) y Martos (2003), como ser: mejorar la salud, mejorar la calidad de vida, mejorar la imagen física, elevar la autoestima, recomendación del médico, familia, amigos, etc.
- A partir de los resultados obtenidos en relación al tipo de motivación, motivos internos (87%) y motivos externos (13%), se podría inferir que la mayoría de los pacientes tenderían a persistir y sostener el tratamiento, ya que según Martos (2003), las personas que están motivadas intrínsecamente para descender de peso, se le presentan distintas metas placenteras a cumplir como ser: recuperar la autoestima, demostrarse a sí misma su fuerza de voluntad y la decisión de poner a salvo su salud. Por otra parte, se podría inferir que los pacientes que están motivados extrínsecamente tenderían a abandonar el tratamiento, ya que según Martos (2003), en ellos la voluntad flaquea y estaría debilitada porque los motivos para adelgazar no son internos sino externos. En este sentido, otros autores como Ravenna (2007), y Cormillot (2010) explicitan que la decisión a realizar cambios y de adherencia al tratamiento debe provenir del interior de las personas, ya que nadie puede obligarlas a hacer algo sino está dispuesta a hacerlo personalmente.
- En este sentido y en relación a lo explicitado por Huertas (1998), Martos (2003), y Cuadrado (2008), sobre la motivación extrínseca e intrínseca se pudo observar en el presente estudio, que de los motivos más elegidos por los pacientes con porcentajes más elevado, fueron todos motivos internos, con excepción de uno, que representaría a los motivos externos y que fue elegido por el 40 % de los pacientes: recomendación del médico, pareja, familia, amigos, etc. Por otra parte, si bien el presente estudio no pretende analizar las diferencias entre grupos, ya que es

un estudio descriptivo, se puede percibir una diferencia significativa en el tipo de motivación según sexo, ya que todos los motivos más elegidos por las personas de sexo femenino, son intrínsecos, a diferencia de personas de sexo masculino que el 60% eligió el motivo extrínseco recomendación del médico, pareja, familia, amigos, etc.

- A partir del estudio presentado por Jarrúz y Juiz (2010), sobre obesidad infantil, se percibe una diferencia en la elección de motivos en relación a la obesidad en adultos. En primer lugar porque los pacientes obesos infantiles adhieren al tratamiento por preocupación de los padres, y no por decisión propia, y por otra parte, porque sus padres consultan fundamentalmente con el motivo de que sus niños no experimenten burlas y discriminación por parte del entorno, para evitar que esto provoque en sus hijos un daño en su autoestima. A diferencia de esto, en el presente estudio con pacientes obesos adultos, el motivo evitar burlas de conocidos o allegados fue elegido por el 6% de los pacientes y sufrir menor discriminación fue elegido sólo por el 3% de pacientes encuestados. Quiere decir que éstos no fueron motivos significativos para los pacientes.
- La elección significativa de motivos de adherencia al tratamiento por los pacientes encuestados con un tipo de obesidad I y II como ser: mejorar la salud y mejorar la calidad de vida, no sería azarosa ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) tener un IMC elevado puede producir múltiples enfermedades no transmisibles. Por lo tanto, podría inferirse que los pacientes iniciarían el tratamiento con el propósito de evitar alguna enfermedad como consecuencia de la obesidad.
- Si se observa la elección de motivos más elegidos por los pacientes en el inicio del tratamiento, se podría observar una contradicción en relación a lo explicitado por Basilio, Monereo y Álvarez (2000), quienes entienden a la obesidad como una desventaja social, ya que todos aquellos motivos que tienen íntima relación con la esfera social de los pacientes no fueron tenidos en cuenta de manera significativa. Podría inferirse enton-

ces, que observando los motivos más elegidos por los pacientes, éstos verían a la obesidad más que como una desventaja social, como una desventaja para la salud personal.

- Existe correspondencia entre el presente trabajo y los estudios realizados por Plasencia (2009) y García, Rodríguez y de Cos Blanco (2010) en relación a la obesidad femenina ya que en sus trabajos se explicitan como motivos de adherencia: los problemas estéticos, y la mayor posibilidad de uso de ropa. En el presente estudio estos motivos fueron significativamente elegidos por las pacientes de sexo femenino: mejorar la imagen física (77%) y mayor posibilidad de uso de ropa (67%).
- A partir del estudio del caso clínico de una paciente de sexo femenino de 36 años y con un IMC de 31.7, realizado por García, Rodríguez y de Cos Blanco (2010), se percibe una diferencia cualitativa en la expresión de un motivo en relación a la encuesta utilizada en el presente estudio. Ya que el motivo explicitado por la paciente fue presión del entorno y no así, recomendación del médico, familia, amigos o pareja, como se explicita en la encuesta del presente estudio. Esto revela la diferencia que existe entre recomendar o sugerir y presionar a una persona para que realice un tratamiento. Por otra parte, vale decir que el motivo recomendación de un médico, amigo, familia, etc, no fue significativamente elegido por pacientes de sexo femenino, ni por pacientes menores de 40 años, pero sí en pacientes con un grado de obesidad I, siendo elegido por el 50% de los pacientes.

Por otra parte, el presente trabajo presenta limitaciones que deben considerarse y tener en cuenta para futuras investigaciones sobre obesidad y motivación:

- La cantidad de participantes a los que se les administró la encuesta no representa una muestra significativa ya que sólo se encuestó a 35 pacientes en el inicio del tratamiento. Sería significativo en futuras investigaciones, administrar encuestas a diferentes grupos de pacientes que

inician el tratamiento y de esta manera obtener una muestra más significativa. En este sentido, sería interesante poder administrar encuestas en diferentes instituciones que ofrecen tratamientos para la obesidad, ya que la diferencia de públicos podría incidir en la elección de motivos.

- Existe una diferencia significativa en las personas encuestadas ya que 30 son mujeres y 5 son hombres. Para futuras investigaciones se recomienda contar con una muestra en la cual haya más paridad entre la cantidad de varones y mujeres, y de esta manera poder describir la distribución de motivos según sexo con mayor precisión.
- De las 35 personas encuestadas, 5 de ellas iniciaron el tratamiento con peso normal según el IMC definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo tanto no fueron tenidas en cuenta en la tabla 4. Motivos de los pacientes según grado de obesidad. Por otra parte, en la muestra del presente estudio no hubo pacientes con un grado de obesidad III.
- El instrumento utilizado para describir los motivos de los pacientes para la adherencia de un tratamiento del descenso, es una encuesta y ésta no es un instrumento estandarizado, por lo tanto, carece de estudios de validez y confiabilidad establecidos.
- Al haber realizado un tipo de estudio descriptivo, no se pueden presentar de manera estadísticamente precisa las diferencias que existen en la elección de motivos según sexo, edad y tipo de obesidad. Se podrían desarrollar estudios correlacionales de diferencia de grupo y realizar una prueba de hipótesis de proporciones y de esta manera obtener resultados más precisos.

Poder tomar conocimiento de cuáles son los motivos que tienen la personas para adherirse a un tratamiento de descenso de peso, puede colaborar en muchas direcciones. Una de ellas podría ser ajustar la correspondencia entre las

necesidades y motivaciones de los pacientes, con la modalidad del tratamiento. Al existir una cantidad innumerable de tratamientos para disminuir el peso, y por otra parte, una cantidad innumerable de pacientes con diferentes motivos para adherirse a los mismos, es difícil que un primer tratamiento resulte eficaz para un paciente. En términos comerciales, se podría decir que el presente trabajo y futuras investigaciones podrían colaborar para que se facilite la adaptación de la oferta hacia la demanda.

En este sentido tanto pacientes como instituciones que ofrecen tratamientos se beneficiarían, ya que el paciente se evitaría la experiencia de abandono y fracaso en relación al tratamiento, la cuál posiblemente genere un estado de desmotivación para iniciar otro tratamiento, y por otra parte, las instituciones podrían saber qué tipo de poblaciones de pacientes puede atender en las cuáles su método de tratamiento funcione con mayor eficacia.

Por lo tanto, es importante tener presente lo dicho por Escofet (1994) quién explicita que en algunos tratamientos la relación médico paciente adopta un lógica paternalista, en la cual el paciente sólo dice y hace lo que el médico le indica. En este sentido, tal vez, no todos los pacientes necesitan un médico con estas características sino más bien un conjunto de profesionales que trabajen con una lógica sanitaria más democrática para que su transitar durante el tratamiento sea más efectivo.

Por otra parte, conocer los motivos que los pacientes tienen para adherirse al tratamiento, podría facilitar a qué el equipo interdisciplinario de profesionales que acompaña a los pacientes, planifique de manera más específica, todas aquellas intervenciones necesarias para que los pacientes permanezcan en el tratamiento y luego lograr los objetivos propuestos, siempre teniendo en cuenta las necesidades y motivaciones de los pacientes. Quiere decir que si en el comienzo del tratamiento el equipo profesional sabe lo que el paciente desea y necesita, el tratamiento podría ser más eficaz, producto de intervenciones planificadas.

En este sentido, vale recordar lo que explicitan Sánchez, Guzmán y González (2005), en relación a las intervenciones psicológicas durante el tratamiento, ya que han demostrado que las que se dirigen a la autoestima de los pacientes tienen mayor eficacia en la pérdida de peso.

Por otra parte, conocer la diferencia de los motivos según sexo, edad y tipo de obesidad podría colaborar para saber con más precisión durante el tratamiento, cuales son aquellas modificaciones en las conductas, hábitos de comportamiento y pensamientos que se podrían modificar con mayor facilidad en los pacientes con determinada edad, sexo y tipo de obesidad. Quiere decir que no a todos los pacientes se les podría solicitar los mismos cambios y resultados en el mismo tiempo ya que se encuentran en una situación vital y de salud diferente. Entonces se podría inferir que implementar tratamientos más personalizados mejoraría la calidad y produciría mejores resultados.

Lo dicho puede relacionarse con lo que explicita Plasencia (2009), en sus investigaciones, en la cuáles se demuestra que hay pacientes que necesitan mayor atención como ser la personas de sexo femenino, de mayor edad y con un mayor grado de obesidad.

Por último, vale decir que se podrían realizar futuras investigaciones de motivación y obesidad que completen y amplíen el presente estudio. Siguiendo a Cormillot (2010), sería interesante poder estudiar cuáles son los motivos que los pacientes tienen para continuar siendo obesos y no decidirse a bajar de peso. Averiguar si esos motivos son conscientes o inconscientes.

Por otra parte, sería interesante desarrollar investigaciones que puedan estudiar que sucede con la motivación durante todo el tratamiento y no solo en el inicio. Poder describir cuáles son aquellos motivos que hacen que los pacientes permanezcan, y analizar cuáles son los motivos por los que desertan del tratamiento.

Otra línea de investigación podría ser observar los efectos que tienen la participación y pertenencia de un paciente a un grupo durante el tratamiento, es

decir observar la posible relación que existe entre el proceso grupal y la motivación. Analizar cuáles son las estrategias grupales que proponen los terapeutas para motivar a sus pacientes, percibir cuáles son las actitudes entre los pacientes que tienen efecto motivacional, etc.

8. Bibliografía:

Basilio, E., Monereo, S. & Álvarez, J. (2000). *Obesidad: la epidemia del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.

Cormillot, A. (1993). *El arte de adelgazar*. Buenos Aires: Vergara.

Cormillot, A. (2010). *Cómo adelgazar y mantenerse con el Dr. Cormillot*. Buenos Aires: Paidós.

Cuadrado, I. (2008). *Psicología de la instrucción: fundamentos para la instrucción y práctica docente*. Paris: Publibook.

Cuevas, A. y Reyes, M. (2005). Lo último en tratamiento y diagnóstico de la obesidad. *Revista médica de Chile*, 133, (6), 713-722.

Danielle, E. (2006). *Obesidad Infantil*. Buenos Aires: Grupo Imaginador.

Escofet (1994). *La obesidad*. Madrid: Díaz de Santos.

Ferrer, S. (2006). *La voluntad de adelgazar*. México: Selector

García, E. (1997). *Psicología general: Motivación y emoción*. Madrid: Universitaria Ramón Areces.

García, H., Rodríguez, B. & de Cos Blanco, A. (2010), Motivación y adhesión a tratamientos. Abordaje integral en la consulta hospitalaria de la obesidad. *Revista Española de obesidad*, 8, (2), 87-92.

Gross, R. (1998). *Psicología: La ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno. Cap 5 (Motivación).

Huertas, J. (1998). *Motivación. Querer aprender*. Buenos Aires: Aique

- Jarrúz, M. y Juiz, C. (2010). Causas de deserción al tratamiento de obesidad en pacientes de 10 a 18 años ingresados en el período 2007/2008 al Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales, Salta-Argentina (CNIN). *Revista Obesidad*, 2, (21), 7-14.
- Martos, A. (2003). *Adelgazar para siempre*. Madrid: Neon Person.
- Maslow, A. (1987). *Motivation and personality*. Nueva York: Harper & Row.
- Ravenna, M. (2006). *La telaraña adictiva*. Buenos Aires: B.
- Ravenna, M. (2007). *La medida que adelgaza*. Buenos Aires: Vergara.
- Sánchez, A., Guzmán, E. & González, M. (2005), Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Revista enseñanza e investigación en psicología*, 10, (002), 417- 428.
- OMS. Obesidad y sobrepeso. Nota descripta N° 311. Recuperado el 20 de Abril de 2011 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Plasencia, M. (2009). Tratamiento de mujeres con sobrepeso y la obesidad 2007-2008. *Revista del instituto de ciencias de la conducta*, 10, 1054-1068.
- Yeager, S. (2001). *The Doctors Book of food remedies*. EEUU: Rodale.

ANEXO

ENCUESTA

La presente encuesta tiene como finalidad colaborar con un trabajo final integrador que estoy realizando para la práctica y habilitación profesional en la Universidad de Palermo. Le solicito que complete los ítems que aparecen a continuación.

Muchas gracias.

1. Datos personales:

Nombre:.....

Sexo:.....

Edad:.....

2. Cuestionario:

a. ¿Cuánto pesa usted actualmente?

.....

b. ¿Cuánto mide?

.....

c. Según el plan de su tratamiento ¿Cuántos kilos tiene bajar?

.....

d. ¿Cuáles fueron los motivos que te llevaron a iniciar un tratamiento de descenso de peso? (**Marcar con una cruz**)

- Mejorar la salud
- Mejorar la calidad de vida
- Recomendación del médico, familia, pareja o amigos
- Mejorar la imagen física
- Conseguir pareja o amigos
- Mayor seguridad en las relaciones sexuales
- Obtener mejor presencia para conseguir un empleo
- Obtener mayor movilidad física
- Practicar un deporte
- Lograr mayor aceptación social
- Elevar la autoestima
- Lograr mayor contacto social: asistir a fiestas, cumpleaños, etc.
- Mayor posibilidad de uso de ropa
- Sufrir menor discriminación
- Obtener mayor seguridad en uno mismo
- Obtener mejor desempeño en el trabajo

- Obtener mayor cantidad de elogios y reconocimiento positivo de los otros: familia, pareja, amigos.
- Evitar burlas de conocidos o allegados
- Lucir mejor en eventos especiales: (cumpleaños, navidad, año nuevo, vacaciones, etc)
- Otros motivos. ¿Cuáles?.....