

# Factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento de la obesidad en un dispositivo grupal: estudio exploratorio

*Factors associated with compliance to obesity treatment in a group setting: exploratory study*

Catalina Brosens\*, Sergio Terrasa\*\*, Irene Ventriglia\*\*\*, Vilda Discacciatti\*\*\*\*

\*Médica Especialista en Medicina Familiar. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Programa Saludable Hospital Italiano de Buenos Aires. Responsable de la correspondencia.

catalina.brosens@hospitalitaliano.org.ar

\*\*Médico Especialista en Medicina Familiar, Magister en Efectividad Clínica y Profesor en Medicina. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires y Departamento de Salud Pública Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires.

\*\*\*Médica Especialista en Medicina Familiar. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Programa Saludable Hospital Italiano de Buenos Aires.

\*\*\*\* Médica Especialista en Medicina Familiar, Licenciada en Ciencias Sociales y Humanidades y Magister en Efectividad Clínica. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Fecha recibido:10/10/14

Fecha aceptado:08/02/15

## RESUMEN

**Objetivo:** explorar los factores que obstaculizan y/o facilitan el tratamiento de la obesidad en adultos participantes de un dispositivo de abordaje grupal.

**Métodos:** estudio cualitativo mediante grupos focales y entrevistas individuales, realizado entre 2010 y 2011 en Buenos Aires, Argentina, con pacientes del Programa Saludable del Hospital Italiano. **Resultados:** los factores asociados al éxito fueron: 1) la aceptación de la obesidad como condición crónica cuyos resultados del tratamiento aparecerán en el largo plazo; 2) la búsqueda de objetivos globales de bienestar y no de descenso de peso; 3) el compromiso con el grupo y con la actividad física; 4) el cumplimiento del plan y el registro alimentario; 5) el desarrollo de habilidades para cambiar hábitos y soportar presiones del contexto.

**Conclusiones:** es necesario optimizar intervenciones motivacionales para que los pacientes puedan redefinir sus objetivos terapéuticos y sostener cambios de su estilo de vida.

**PALABRAS CLAVE:** obesidad, adherencia, tratamiento, barreras.

## ABSTRACT

**Objective:** to explore the factors that impede and / or facilitate the treatment of obesity in adult participants of a device group approach. **Methods:** qualitative study using focus groups and individual interviews, conducted between 2010 and 2011 in Buenos Aires, Argentina, with patients from the Hospital Italiano Healthy Program.

**Results:** factors associated with success were: 1) the acceptance of obesity as a chronic condition whose treatment results appear in the long term; 2) the search for global objectives of well-being and not of weight loss; 3) commitment to the group and physical activity; 4) compliance with the plan and dietary record; 5) development of skills to change habits and withstand pressures of context.

**Conclusions:** it is necessary to optimize motivational interventions so that patients can be able to redefine their therapeutic goals and sustain changes in their lifestyle.

**KEYWORDS:** obesity, adherence, treatment barriers.

## INTRODUCCIÓN

Es importante ayudar a las personas con obesidad a lograr un descenso de peso significativo y a mantenerlo a lo largo del tiempo, lo que implica la incorporación de hábitos de vida saludables en forma duradera<sup>1</sup>. Por eso, en los dispositivos de tratamiento de la obesidad, suelen incluirse herramientas de la terapia conductual con el objetivo de facilitar la adherencia al plan alimentario y a la actividad física (2).

El Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) asiste a una población de pacientes predominantemente urbana y de clase media. El Programa Saludable del Hospital Italiano (PROSAHI) es un dispositivo grupal que pretende ayudar a los pacientes a bajar de peso y a mantenerlo en los rangos recomendables durante toda la vida; basándose especialmente en el cambio y la adquisición de hábitos de vida más saludables en cuanto a la alimentación y la actividad física. Este dispositivo cuenta con tres subgrupos:

- 1) El introductorio (nivel I): un encuentro semanal durante un mes, con objetivos informativos respecto de los pilares terapéuticos del programa.
- 2) El de tratamiento para el descenso de peso (nivel II): grupos de 8 a 15 personas que se reúnen semanalmente durante 90 minutos, coordinados por médicos, nutricionistas, preparadores físicos y psicólogos sociales. Incluye el trabajo sobre planes alimentarios y de actividad física personales ajustados a cada necesidad, y sobre las dificultades que cada integrante presenta para ponerlos en práctica. Los planes alimentarios propuestos, se basan en el Sistema de Intercambio de Alimentos de la ADA (Asociación Americana de Diabetes) (3).
- El de mantenimiento del peso (nivel III): de frecuencia mensual, incluye a quienes han logrado los objetivos del nivel II y se enfrentan al desafío de sostener sus nuevos hábitos. Datos del propio programa registrados entre 2006 y 2008 informaban que la tasa global de abandono en los primeros tres meses era de 70%.

Es esencial conocer las barreras que interfieren en la adherencia a estos tratamientos para poder generar estrategias que permitan reducir su alta tasa de fracaso. Si bien las intervenciones basadas en lograr cambios en el estilo de vida de los pacientes han probado ser las más efectivas, suelen resultar en una escasa pérdida de peso permanente, probablemente porque también se asocian a altas tasas de abandono (4).

Contamos con antecedentes bibliográficos de que el éxito en el mantenimiento de la pérdida de peso en el largo plazo estaría relacionado con factores conductuales como el logro de un adecuado control sobre la ingesta, el aumento del compromiso con la actividad física, la puesta en práctica del automonitoreo alimentario y la disminución de la desinhibición al comer (5,6); mientras que la escasez de tiempo de los participantes y las dificultades de accesibilidad

a los tratamientos serían responsables de más de la mitad de los casos de abandono<sup>7,8</sup>. Otros factores involucrados incluyen la insatisfacción con las metas alcanzadas, el basar la autovaloración predominantemente en la silueta y en el peso, y el usar la comida para regular el estado de ánimo<sup>5,6</sup>.

Si bien existe extensa bibliografía acerca de la obesidad a nivel mundial, no hemos identificado investigaciones que hayan explorado en Buenos Aires las barreras y los factores facilitadores para la implementación de cambios de estilo de vida saludables en el contexto de dispositivos ambulatorios de tratamiento de la obesidad y el sobrepeso.

El objetivo del estudio fue explorar y comprender qué aspectos influyen en la adherencia al tratamiento de la obesidad a través de un dispositivo grupal: factores negativos u obstaculizadores y potenciales facilitadores para continuar el tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo realizado entre Octubre y Diciembre de 2010 en dos sedes del Programa Saludable del Hospital Italiano (Almagro y Belgrano) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina) y en una sede (San Justo) del Partido de la Matanza, Provincia de Buenos Aires (Argentina).

La población que participó fueron pacientes del Programa Saludable del Hospital Italiano y miembros del equipo coordinador de dicho programa.

Fueron invitados a participar todos aquellos pacientes que reunieran los criterios de inclusión: 1) todos los mayores de 18 años que en los últimos dos años habían participado durante al menos dos meses en el dispositivo de descenso de peso (nivel II) y lo habían abandonado sin volver a retomarlo, 2) todos los que al inicio de la investigación se encontraban participando del dispositivo de mantenimiento del peso (nivel III) del PROSAHI, 3) los miembros del equipo coordinador de dicho programa.

Un total de 98 pacientes de las tres sedes mencionadas fueron invitados telefónicamente a participar del estudio. De estos, a 22 no se los pudo contactar, 36 no pudieron asistir por dificultades de tiempo, dos no quisieron participar y uno tuvo que ser

excluido por que había comenzado el tratamiento nuevamente. La muestra final fue integrada por 37 pacientes (19 había abandonado el nivel II o de descenso de peso y 18 persistía asistiendo al nivel III o de mantenimiento) y nueve miembros del equipo coordinador.

Para la recolección de los datos, se recurrió a técnicas cualitativas, empleándose entrevistas grupales con técnica de grupo focal, y entrevistas individuales semi-estructuradas, todas grabadas y transcritas para su posterior análisis.

Se realizaron siete grupos focales y cuatro entrevistas individuales con los pacientes de PROSAHI, en los que participaron un coordinador y un observador (ninguno de los dos había tenido contacto previo con los participantes), de 120 minutos de duración. Por otro lado, se implementó un grupo focal que estuvo integrado por nueve miembros del equipo coordinador del programa.

Para el análisis de la información se realizó la transcripción a texto del audio obtenido de los grupos focales y de las entrevistas semi-estructuradas. Posteriormente, se trabajó en el análisis temático, utilizando el programa Atlas-ti, que facilita la organización de la información según las áreas temáticas definidas (categorización y codificación). Durante el análisis y para incrementar la confiabilidad, dos investigadores realizaron en forma independiente el pre-análisis del contenido de las entrevistas, la categorización y codificación de los datos, la comparación de las principales dificultades y facilitadores identificados, y la comparación entre la información provista por los pacientes y el equipo coordinador en relación al tema de investigación. Finalmente y para asegurar la confiabilidad de las categorizaciones y las interpretaciones, se realizó la interpretación del discurso por áreas definidas y la triangulación entre los investigadores.

La palabra "pre-análisis" fue tomada de la propuesta de L. Bardín (1986) (9), refiriéndose a la fase que corresponde al período de revisión, organización y lectura superficial, con la finalidad de operacionalizar y sistematizar las ideas de partida, para poder llegar a un sistema preciso de desarrollo de las operaciones sucesivas, y plan de análisis. En la línea de autores más clásicos en el análisis de contenido (Patton 1990)<sup>10</sup>, se propone empezar con la lectura superficial, aunque sin ponerle nombre, pero que implica también organizar la información, material de campo, datos. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires y se solicitó a todos los participantes que firmaran un consentimiento informado.

## RESULTADOS

Las características de los participantes se presentan en el cuadro I.

Los pacientes que no asistieron no presentaron diferencias estadísticamente significativas con los que asistieron, respecto de su distribución por sexo y edad.

La permanencia del paciente en los grupos del dispositivo terapéutico PROSAHI fue considerada un indicador indirecto de adherencia o éxito del programa, mientras que el abandono de dicho dispositivo fue considerado un indicador de fracaso. Los resultados fueron agrupados en tres principales categorías que se resumen en el cuadro II y forman una estructura entrelazada sin una tendencia clara de que una prevalezca sobre otra de manera general. Su jerarquía se relaciona con cada contexto, con cada historia y puede cambiar a lo largo de la vida de cada persona. Sin embargo, la resultante de esta mezcla se comporta como un facilitador de éxito y/o de fracaso del tratamiento. Desarrollaremos a continuación cada una de estas categorías:

### Comprender a la obesidad como condición crónica

Los participantes exitosos (los incluidos en el dispositivo de mantenimiento) pudieron comprender y aceptar que la obesidad es una condición crónica cuyo tratamiento debe ser de por vida, y que iniciar el tratamiento representa una clara determinación para el cambio que deber ir acompañada de perseverancia, paciencia y disciplina.

"...no es que uno dice bueno, hago el tratamiento de un mes y me dan el alta... hay que ir peleándola todos los días..." (Mujer de 48 años, enfermera, Almagro).

Por el contrario, quienes abandonaron no estaban dispuestos a cambiar sus hábitos para el resto de su vida, lo que se vio reflejado en las falsas expectativas con las que muchos comenzaron el tratamiento: el deseo de hacer dieta, bajar de peso y retomar luego su estilo de vida previo al tratamiento, a pesar de que todos reconocieron que al comienzo del tratamiento se les había explicado claramente que la propuesta de cambio era para siempre.

"...estuve seis meses y no bajé nada..." (Mujer de 55 años, odontóloga, Belgrano).

"...buscan una cuestión así más o menos mágica... una dieta rápida...porque bancarse el cambio de hábitos no es chiste!" (Psicólogo Social, profesional del dispositivo terapéutico).

### La importancia de los vínculos

Uno de los facilitadores fue la relación de amistad y camaradería que se generó entre los compañeros, principalmente durante los eventos de práctica de actividad física que forman parte del programa.

Las actividades grupales fueron consideradas de valor terapéutico, por la contención que los participantes encontraban en ellas al compartir los mismos problemas, porque se daba un efecto de contagio positivo en los grupos, porque aprendían de la experiencia de sus compañeros, y porque el sentimiento de pertenencia grupal los ayudaba a tener mayor compromiso con el dispositivo y con el tratamiento. Se mencionó que el hecho de tomarlo como un proyecto colectivo facilita el éxito de la gestión.

“...venimos al grupo por el placer de venir y de encontrarnos... No con la idea de que voy a ir porque si no me pierdo medio kilo de esta semana...” (Varón de 69 años, ingeniero, San Justo).

“... todos los que están, tienen los mismos problemas... ; ...eso te ayuda a notar que no sos un distinto...” (Mujer de 51 años, empleada administrativa, Almagro).

Los que abandonaron manifestaron no experimentar “sentido de pertenencia” al grupo y predominó en ellos la percepción de que las posturas individualistas prevalecían por sobre las de compromiso grupal. Muchos sintieron falta de contención y manifestaron que si hubieran experimentado mayor demostración de interés y afecto (de sus compañeros y del equipo coordinador) les habría resultado más sencillo continuar el tratamiento.

“...si faltaba, no me llamaban. No nos querían, no les importó...Además, tampoco se armó un grupo de pertenencia con los compañeros...” (Mujer de 55 años, odontóloga, Belgrano).

Algunas personas que no superaron el dispositivo inicial de tratamiento manifestaron dificultad para adaptarse a un grupo abierto en el que van cambiando sus integrantes, dado que algunos se van porque abandonan, otros porque pasan a los grupos de mantenimiento, mientras que otros nuevos integrantes ingresan al programa. Este proceso de recambio implica destinar tiempo de los encuentros semanales para comenzar a conocerse, lo que reduce el disponible para el planteo de cuestiones personales.

“...se acaba el tiempo de la reunión contando sus historias... y cuando terminan de contar, ya nos tenemos que ir!” (Mujer de 64 años, empleada administrativa, Almagro).

Esto último se vincula con el deseo de algunos pacientes de que el programa les brinde algún espacio de atención personalizada de sus problemas psicosociales, más allá del de las actividades grupales.

“...lo grupal está perfecto, pero tener consideración un poquito con la problemática individual...” (Mujer de 63 años, maestra especial, Belgrano).

El papel que ocupa la alimentación y la actividad física

Muchos participantes comunicaron dificultades para adherir con la propuesta alimentaria del programa, ya que por cuestiones laborales estaban acostumbrados a comer solo una o dos veces por día.

Los que tuvieron éxito manifestaron que éste se vinculó con haber podido comprender las ventajas de cumplir con las seis comidas diarias, ya que lo que venían haciendo hasta el ingreso en el programa (saltearse comidas), no los había ayudado. Por el contrario, algunos que habían abandonado comunicaron gran resistencia a incorporar dicho patrón de ingestas porque percibían que iba a implicar un gran consumo calórico e impedir que adelgazaran, debido a que estaban acostumbrados a comer mucho menos que lo propuesto.

“...aprendí a comer...yo me levantaba y tomaba una pava de mate, nada más...me iba a trabajar, volvía a las 5 de la tarde, y empezaba a almorzar a esa hora y eran las 10 de la noche y no había parado, hacía todas las comidas juntas...” (Varón de 54 años, agrimensor, San Justo).

Observamos acuerdo de que realizar el registro alimentario inmediatamente luego de la ingesta ayuda a poner en evidencia todo lo que realmente se ha comido y a implementar correcciones en el plan junto con los miembros del equipo sobre la base de información fidedigna. Por el contrario, la postergación del registro hasta el final del día empeora su calidad y aumenta la probabilidad de olvidarse de realizarlo.

“...en el picoteo diario, vos como que no registrás, vos decís: no comí! Pero cuando lo ves escrito, tantas veces repetido, decís: pucha! Yo comí todo eso? Y en qué momento?” (Mujer de 47 años, ama de casa, San Justo).

Quienes abandonaron 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.

“...me molestaba mucho escribir, y me di cuenta que tenían razón, que al no escribir me iba a desconectar, y así fue, me desconecté. Escribiendo, aunque moleste, uno se da cuenta de muchas cosas...” (Mujer de 60 años, cocinera, Belgrano, CABA).

El entusiasmo de encontrarse con el resto sus compañeros ayudó a la mayoría de los participantes exitosos a sostener su asistencia a las clases de gimnasia del programa, y como era de esperar, practicar la actividad física en forma aislada por fuera del programa o realizarla con gran sufrimiento estuvo vinculado al abandono del dispositivo.

“... hay un grupo con los compañeros, hay una relación de amistad que hace muy agradable la participación en los encuentros, no? Sobre todo en la actividad física...” (Varón de 52 años, analista de sistemas, Almagro).

“...la gente que hace actividad física dentro del programa genera una pertenencia que hace que continúen con el tratamiento...” (Psicóloga Social, profesional del dispositivo terapéutico).

“... no me pude enganchar...con las clases de actividad física no me enganché nunca, tuve excusas todos los lunes...” (Mujer de 60 años, cocinera, Belgrano).

Dado que el acto de comer es percibido como un ritual social con ciertas reglas que no deben ser violadas, muchos mencionaron la dificultad para oponerse o negociar con costumbres muy arraigadas respecto de la comida, transmitidas de generación en generación y que funcionarían como mandatos ancestrales e indicadores de una “buena educación” por ejemplo, servir grandes porciones, no dejar comida en el plato y no rechazar el ofrecimiento de repetir porciones.

“...uno dice, bueno, que tiene que cambiar... Y después la otra cosa que uno incorporó cuando de chico, nos decían que el plato tiene que estar vacío...” (Varón de 71 años, comerciante, San Justo).

Los pacientes que abandonaron reportaron dificultades para organizarse con el objetivo de compatibilizar el plan alimentario y el programa de actividad física propuesto por el dispositivo, con sus propias “exigencias” laborales y familiares. Mencionaron gran dificultad para respetar las seis comidas diarias (fundamentalmente por cuestiones de agenda), para planificar de antemano un menú para cada día (sobre todo cuando pretendían cocinar una comida para ellos y otra para el resto de la familia) y para planificar estrategias que los ayudaran a lidiar con las tentaciones alimentarias de los eventos sociales o de trabajo.

“...salimos mucho con mi esposo a comer afuera, y bueno, un día pido un pollito a la parrilla, pero al día siguiente pido otra cosa más rica...” (Mujer de 76 años, ama de casa, Belgrano, CABA).

Esta visión fue coincidente con la de los miembros del equipo.

“...hay una cuestión social que tiene que ver con la organización... con que la cotidianeidad no les permite organizarse de acuerdo a cómo el programa plantea la situación...las seis comidas, prepararse las cosas, trabajar con estrategias, planificar...”(Psicólogo Social, profesional del dispositivo terapéutico).

En algunos que abandonaron se pudo observar una falta de tolerancia a las dificultades encontradas, lo que los llevó a frustrarse por no poder lograr los objetivos esperados y a poner excusas por no poder hacerlo. Algunos admitieron poner la responsabilidad de su no poder en el afuera.

“...yo le echo la culpa a mi marido de que él no hace dieta y que tengo que hacerle la comida! Te das cuenta? los gordos como siempre tomamos la tangente y no reconocemos...” (Mujer de 76 años, ama de casa de Belgrano).

Los pacientes en el dispositivo de mantenimiento, comunicaron haber comprendido la importancia de aprender a decir que “no”, y a planificar estrategias para anticiparse a las dificultades que pudieran presentarse en eventos sociales, intentando no “desbarrancarse” en las situaciones en las que la comida tiene un rol central.

“...me la como porque me da vergüenza decir que no, por cumplido y por todo lo que me educaron, que había que aceptar todo... ahora digo: no, no quiero porque no tengo ganas de comerla... pero, lo decido yo!” (Mujer de 52 años, ama de casa, San Justo).

Algunos pacientes refirieron que les fue útil tratar de postergar algunos gustos, dejándolos para más tarde, ya que cuando llegaba ese momento, la mayoría de las veces ya se habían olvidado de ese gusto que se querían dar. Lograr los cambios en forma paulatina y no querer precipitarse en lograr todo a la vez, fue otra de las estrategias utilizadas.

Una técnica mencionada por varios participantes fue la de “empezar de nuevo”, que puede utilizarse luego de algún tropiezo con el cumplimiento del plan alimentario. Por ejemplo, ante un evento durante el cual el participante come más de lo planificado, se resaltó la importancia de no saltar la comida siguiente -lo que implicaría volver atrás, hacia una forma no saludable de alimentarse, consistente en la alternancia de ingestas excesivas con conductas compensatorias de tipo restrictivo-, sino aplicar una suerte de “amnistía con uno mismo perdonándose el traspíe y sin intentar castigarse”.

Los pacientes en mantenimiento refirieron estar muy satisfechos y agradecidos con el programa en general, y resaltaron que a raíz de éste, habían notado una mejoría sustancial en su calidad de vida. También refirieron un sentimiento de alegría y entusiasmo por lo que habían logrado para sí, y a su vez, una necesidad de contarlo a la gente como para que otros también pudieran pasar por la misma experiencia.

“...A mí me hizo mucho bien! Y no sólo para bajar de peso, porque yo bajé 12 kilos, pero... me hizo bien a mi cabeza, a mi cuerpo, a mi alma... me cambió la vida!” (Mujer de 59 años, ama de casa, San Justo).

## DISCUSIÓN

### Sobre la metodología empleada

Debido a lo pequeño de nuestro universo y a que se convocó para integrar a la investigación a todos los miembros del mismo, no pudimos respetar las pautas propuestas por Patton<sup>10</sup> para la conformación de los grupos focales, que recomiendan que los integrantes de cada grupo no se conozcan entre sí previamente a dicha sesión. Sin embargo, y tal como propone este autor hemos logrado un equilibrio en la homogeneidad de los participantes, que favoreció la dinámica grupal, la espontaneidad de la conversación y la circulación de la palabra, sin que los investigadores tuviéramos la impresión de que reinara un discurso hegemónico y/o que los vínculos que tenían previamente algunos participantes se convirtieran en un obstáculo para que todos expresaran sus opiniones.

Al momento del estudio, la investigadora principal de este trabajo, no pertenecía al dispositivo terapéutico, pero cabe remarcar que los participantes sabían que la investigación había sido promovida por la institución de la cual depende dicho dispositivo, por lo que no podemos descartar alguna suerte de sesgo de cortesía para con los entrevistadores. Además, si bien fueron invitados a participar de la investigación la totalidad de quienes habían pasado por el dispositivo PROSAHI, tampoco podemos descartar un sesgo de selección, en el sentido de que los que aceptaron concurrir a los grupos focales fueran diferentes a los que rehusaron a hacerlo (por ejemplo, los más motivados o los más disconformes y/o enojados con el mismo).

### Sobre los resultados

En forma coincidente a lo publicado por otros autores que trabajaron en otros países y/o culturas, el éxito en la adherencia al tratamiento de la obesidad estuvo relacionado con la presencia de:

1) La comprensión de la obesidad como condición crónica, que como había documentado Herrera (11), se asocia a una mayor adherencia al tratamiento.

2) La redefinición de las expectativas terapéuticas, buscando objetivos globales de bienestar en salud y no sólo de descenso de peso, coincidente con los resultados de Grossi<sup>8</sup> y Byrne (5), que informaron que una de las causas de abandono reportadas fue la insatisfacción con los resultados, probablemente por su discordancias con las expectativas que tenían los pacientes. Este tipo de falsa expectativa puede enmarcarse dentro de lo que ha sido descrito en la bibliografía como el “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 año tras año, y que los lleva a experimentar sentimientos negativos y frustración (12).

3) El desarrollo de vínculos interpersonales y sentimiento de pertenencia al grupo, lo que favorece el compromiso afectivo con los pares, los coordinadores y el programa en sí mismo; hallazgos compatibles con los de Phelan (6), que reportó que tener un amigo con quien compartir la actividad física es un facilitador de la adherencia al tratamiento y un predictor del mantenimiento de la pérdida de peso en el largo plazo (13,14,15,16,17).

4) La comprensión y aceptación del plan alimentario de seis comidas diarias y de la realización de los registros alimentarios al momento de la ingesta, coincidente con lo descrito por Wadden (18) y Wing (19).

5) La capacidad de desarrollar habilidades para lograr cambios de hábitos, rompiendo con costumbres arraigadas y soportando presiones del contexto, lo que implica esfuerzo por organizarse y lograr apoyo familiar; elementos considerados claves en la terapia conductual como el control de los estímulos que activan el comer, la búsqueda de soporte social y la resolución de problemas a través de la generación de estrategias para afrontarlos (20,21).

Consideramos que hemos logrado contestar en forma bastante completa nuestra pregunta de investigación ya que nuestros resultados aportan una comprensión global sobre las experiencias y sobre las etapas de cambio vividas por las personas durante su participación en PROSAHI; y permiten además, identificar los factores que inciden en la adherencia al tratamiento de la obesidad y profundizar sobre ellos.

Desde la perspectiva de la salud pública, consideramos necesario optimizar intervenciones motivacionales para ayudar a los pacientes con obesidad a redefinir sus objetivos terapéuticos, a sostener sus cambios de estilos de vida y a desarrollar habilidades que les ayuden a negociar con las presiones de su contexto.

Investigaciones futuras podrán determinar si la implementación de programas que incluyan y/o refuercen de manera explícita el monitoreo periódico de los factores previamente descritos (con el objetivo de implementar, sobre la marcha, correcciones y mejoras del funcionamiento de los diferentes aspectos del dispositivo de tratamiento), se traduce en mejores resultados de este tipo de programas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bray GA. Behavioral strategies in the treatment of obesity. UpToDate, 2010.
- 2 Shay LE. A concept analysis: adherence and weight loss. *Nursing Forum* 2008; 43(1), Jan-March.
- 3 Pastors JG, Waslaski J, Gunderson H. Diabetes meal-planning strategies. In: *American Dietetic Association guide to diabetes medical nutrition therapy and education*, Ross TA, Boucher JL, O'Connell BS (Eds), American Dietetic Association, Chicago, IL 2005. p.201.
- 4 Sallis JF, Story M, Lou D. Study designs and analytic strategies for environmental and policy research on obesity, physical activity, and diet. Recommendations from a meeting of experts. *Am J Prev Med* 2009;36(2S):S72–S77.
- 5 Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity* 2003; 27: 955-962.
- 6 Phelan S, Liu T, Gorin A, Lowe M, Hogan J, Fava J, et al. What distinguishes weight-loss maintainers from the treatment-seeking obese? Analysis of environmental, behavioral, and psychosocial variables in diverse populations. *Ann Behav Med* 2009; 38(2): 94-104.
- 7 Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Miotto F, Sergi G, et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients; *International Journal of Obesity* 2005, 29:122-128.
- 8 Grossi E, Dalle Grave R, Mannucci E, Molinari E, Compare A., Cuzzolaro M, et al. Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. *International Journal of Obesity* 2006; 30:1132-1137.
- 9 Bardín, L. Análisis de Contenido. Madrid, Ed. Akal, S.A, 1986.
- 10 Patton, M. How to use qualitative methods in evaluation. Center for study of evaluation, University of California, Los Angeles, Sage Publications Inc, 1987.
- 11 Herrera Lián A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Av enferm* 2008, 26(1): 36-42.
- 12 Polivy J, Herman CP. If at first you don't succeed. False hopes of self-change. *Am Psychol* 2002; 57:677.
- 13 Jakicic JM, Marcus BH, Lang W, Janney C. Effect of exercise on 24-month weight loss maintenance in overweight women. *Arch Intern Med* 2008; 168:1550.
- 14 Miller WC, Koceja DM, Hamilton EJ. A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997; 21:941.
- 15 Avenell A, Brown TJ, McGee MA, Campbell MK, Grant AM, Broom J, et al. What interventions should we add to weight reducing diets in adults with obesity? A systematic review of randomized controlled trials of adding drug therapy, exercise, behaviour therapy or combinations of these interventions. *J Hum Nutr Diet* 2004; 17:293.
- 16 Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, Manore MM, Rankin JW, Smith BK. American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009; 41:459.
- 17 Mekary RA, Feskanich D, Malspeis S, Hu FB, Willett WC, Field AE. Physical activity in relation to long-term weight maintenance after intentional weight loss in premenopausal women. *Obesity (Silver Spring)* 2010; 18:167.
- 18 Wadden TA, Berkowitz RI, Womble LG, Sarwer DB, Phelan S, Cato RK, et al. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. *N Engl J Med* 2005; 353:2111.
- 19 Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr* 2005; 82:222S.
- 20 Wing RR. Behavioral approaches to the treatment of obesity. In: *Handbook of obesity: clinical applications*, 2nd ed. New York: Bray GA, Bouchard C (Eds), Marcel Dekker, 2004.
- 21 McLean N, Griffin S, Toney K, Hardeman W. Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27:987.

## TABLAS Y GRÁFICOS

Cuadro I: características demográficas de los pacientes.

Características de los pacientes del estudio de acuerdo al dispositivo al que pertenecen		Que abandonaron el dispositivo de descenso de peso o nivel II (n=19)	Que continúan en el dispositivo de mantenimiento del peso o nivel III (n=18)
<b>Sexo femenino</b>		14 (74%)	11 (61%)
<b>Edad</b>	18 a 60	8	11
	Mayor a 60	11	7
<b>Conviven con alguien</b>		11	16
<b>Nivel de educación alcanzado</b>	Primaria o secundaria	7	4
	Terciario o universitario	12	14
<b>Trabajan tiempo completo</b>		14	9
<b>Tabaquismo</b>		1	1
<b>Número de intentos previos de descenso de peso con otros tratamientos</b>	Ninguno	3	8
	Menos de tres	2	6
	Mas de tres	14	4

Cuadro II: principales factores asociados a la permanencia en el dispositivo terapéutico de prevención y tratamiento de la obesidad.

**Comprensión de la propia condición de salud** (incluye varias nociones).

- Temporalidad, en el sentido que tienen las entidades crónicas.
- Esfuerzo requerido, expresado en la perseverancia de mantener un plan terapéutico a muy largo plazo.
- Significado del cambio de los hábitos.
- Redefinición de las expectativas y planteo de metas terapéuticas orientadas a la búsqueda del bienestar, más allá de limitarlas al control de peso.

**Establecimiento de vínculos interpersonales**

Entre los pares de los grupos, con los coordinadores y con el programa en sí mismo.

**Reconocimiento del lugar que ocupa la alimentación y la actividad física**

- Realización de las seis comidas diarias y del registro alimentario con su posterior análisis.
- Compromiso con el programa de actividad física.
- Capacidad de desarrollar habilidades para lograr cambios de hábitos aunque el contexto sea adverso.