



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES OBESOS

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

CLAUDIA LILIAN MENA RIVAS

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING

COMITÉ: LIC. FELIX RAMOS SALAMANCA

LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA

MTRO. ALFONSO SERGIO CORREA REYES

MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA



MÉXICO, D.F.

AGOSTO, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN.....	3
1. OBESIDAD.....	6
1.1 OBESIDAD EN MÉXICO.....	10
1.2 ENFERMEDADES ASOCIADAS.....	12
1.3 PREVALENCIA DE LA FALTA DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES OBESOS	13
1.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES OBESOS	15
1.5 MANEJO DE LA OBESIDAD	18
2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	20
3. PROPUESTA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES OBESOS	25
3.1 EVALUACIÓN	26
3.2 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO	29
3.3 FÓRMULA PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES OBESOS.....	31
3.3.1 PSICOEDUCACIÓN.....	32
3.3.2 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	32
3.3.3 CONTROL DE ESTÍMULOS	33
3.3.4 PRÀCTICA.....	34
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIÓN.....	38
REFERENCIAS.....	40

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

RESUMEN

La obesidad se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud a los que se enfrenta la sociedad. El número de obesos aumenta progresivamente y afecta a todos los países. Muchas personas acuden al consultorio médico a iniciar un tratamiento ante los síntomas presentes de la obesidad e intentan iniciar un cambio en sus hábitos y alimentación.

Actualmente se suman millones de pacientes que dejan su tratamiento por diversos motivos, este es un problema constante para los especialistas de la salud. Si el paciente no se responsabiliza de su tratamiento, la efectividad del mismo queda comprometida, así como su bienestar, lo cual trae consigo enormes gastos para las instituciones de salud y complicaciones para combatir este padecimiento.

El objetivo de esta tesina es abordar la adherencia terapéutica en pacientes obesos. Se mencionan las enfermedades asociadas a la obesidad, el manejo que se implementa, los aspectos psicológicos que conlleva y se plantea una propuesta que está enfocada en la labor del psicólogo. La intención de esta propuesta es la adhesión de un paciente al tratamiento, introduciendo habilidades adecuadas como la psicoeducación para que el paciente conozca la enfermedad y sus características, la reestructuración cognitiva, la cual implementará estrategias de pensamiento positivo, la modificación conductual y la práctica.

INTRODUCCIÓN

En nuestra cultura cuando una persona es delgada, tiene un valor sobreestimado, por lo cual, la población cada vez está más sensibilizada frente a la necesidad y el deseo de mantener la salud y la importancia de una dieta. Para quien padece obesidad, la sociedad en general, no valora la gordura en forma positiva, sino que, por el contrario, la rechaza (Amigo & Fernández, 2013). Según Carvajal (2006) en el pasado la obesidad fue considerada como un signo de estatus social y probablemente ofreció ventajas selectivas en el proceso evolutivo del hombre.

La obesidad se ha convertido en los últimos años en uno de los mayores problemas de salud a los que se enfrenta la sociedad. El número de obesos aumenta progresivamente y afecta a todos los países, incluso aquellos en desarrollo. Factores externos como modas, publicidad, horarios laborales, disponibilidad económica, se ven involucrados a la hora de seleccionar los alimentos, la frecuencia de las comidas y el tipo de preparación culinaria, lo cual hace que las personas aumenten su peso (Ayela, 2009).

Al acudir al consultorio médico a iniciar un tratamiento ante los síntomas presentes de la obesidad, comúnmente se hace un chequeo general, se mandan estudios de laboratorio, se medica según los padecimientos que manifieste el paciente, de igual forma, se le se menciona que tiene que bajar de peso para que los síntomas no se vuelvan a manifestar. El paciente puede o no iniciar un cambio en sus hábitos y alimentación, pero si el paciente no se responsabiliza de su tratamiento, la efectividad del mismo queda muy comprometida, así como su bienestar.

Evidentemente los modelos de tratamiento vigentes a la fecha, no han logrado detener el aumento de la prevalencia de la obesidad. Las bajas tasas de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, como de obesidad, suman deficiencias económicas para muchos países y es uno de los mayores obstáculos a los que se enfrentan en la actualidad los profesionales de la salud (Hernández & Grau, 2005).

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

El tratamiento de la obesidad demanda larga duración, con alta adherencia al mismo y un autocuidado responsable, para que se generen cambios en la vida. La falta de adhesión a los tratamientos en el ámbito de la obesidad es un problema recurrente que genera frustración y que puede atentar contra la relación clínica.

La adherencia al tratamiento se ha convertido en un área de enorme interés en el abordaje de la obesidad durante los últimos años, según Amigo & Fernández (2013), donde la reestructuración cognitiva, la modificación conductual y tácticas de psicoeducación desempeñan un rol importante. El abordaje motivacional y las estrategias de comunicación empática no impositiva se presentan como un conjunto terapéutico imprescindible dentro del abordaje integral de este tipo de pacientes. Por eso es importante la participación del psicólogo para que abarque esos aspectos que tanto el médico como el especialista en nutrición y el acondicionador físico están olvidando. El objetivo de esta tesina es proporcionarle al psicólogo herramientas, tanto teóricas como prácticas, para llevar a cabo en el paciente la adherencia al tratamiento e introducirlo como un estilo de vida, así mejorar la salud y reducir los riesgos secundarios, que conlleva la obesidad.

En el primer capítulo de la tesina se aborda el tema de la obesidad, su definición y ese desequilibrio que se presenta entre la ingesta y el gasto energético. Se explica el metabolismo complejo que involucra la grasa, las proteínas, los carbohidratos y el alcohol. Se mencionan los diferentes tipos de medición, la prevalencia de obesidad en México, las enfermedades asociadas que conlleva y el manejo de la obesidad que debe orientarse fundamentalmente a cambiar los estilos de vida, promoviendo el consumo de una dieta saludable, aumentando el nivel de actividad física y apoyo psicológico.

En la segunda parte se describe la adherencia terapéutica como concepto, la diferencia entre el cumplimiento u observancia y las consecuencias que se tienen al no llevarla a cabo. De manera general se mencionan los factores involucrados y la manera de cómo influyen en el paciente. Se indica la prevalencia que confirma la falta de seguimiento al tratamiento y cómo esto dificulta aún más la enfermedad.

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

Los aspectos psicológicos se encuentran en la tercera parte. Aquí se desarrollan las posibles alteraciones que se pueden encontrar en el paciente obeso, aspectos en los cuales el psicólogo debe de intervenir para que no obstruyan la adherencia al tratamiento.

Se concluye con una propuesta para que el psicólogo introduzca en el paciente habilidades adecuadas como la psicoeducación, para que el paciente conozca la enfermedad y sus características, la reestructuración cognitiva, la cual implementará estrategias de pensamiento positivo, la modificación conductual, que se irá aumentando bajo recompensas o logros y la práctica.

1. OBESIDAD

El término obesidad proviene del latín “obesus”, que significa persona que posee exceso de gordura (Danielle, 2006). En una definición más precisa, se considera que la obesidad es una enfermedad caracterizada por el aumento de grasa corporal, generalmente acompañada por un aumento de peso. Este aumento va acompañado de un desequilibrio entre gasto de energía e ingesta, a través de la actividad física (Villaseñor, et. al, 2006).

Albala, et. al. (2003) explica este desequilibrio en una ecuación, que es la ecuación del balance energético. El autor indica que debe haber una relación entre la ingesta y el gasto de energía, si entra más energía de la que se gasta, al cabo de un tiempo el sujeto comienza a ganar peso, pudiendo llegar a transformarse en obeso. Si por el contrario, el balance energético es negativo, tenderá a la disminución del peso corporal. Esta relación aparentemente sencilla, es difícil de evidenciar en la práctica, porque a veces se complica evaluar adecuadamente estas variables bajo condiciones normales de la vida diaria. Por ejemplo, actualmente no se ingiere la comida por porciones, ni mucho menos se está consciente de cuántas de calorías se consumen diariamente y no siempre se cuenta con el valor nutricional de los alimentos.

Viendo ésta condición física desde una perspectiva bioquímica, la obesidad comprende de un metabolismo oxidativo de los macronutrientes, que no sólo se puede explicar con ecuaciones. En este metabolismo complejo, está involucrada la grasa, las proteínas, los carbohidratos y el alcohol. Estos macronutrientes no operan del mismo modo para todas las personas. Existen diferencias en la velocidad de absorción y utilización de los macronutrientes que determinan el balance de cada uno en general, en particular la grasa. Después de una comida mixta donde haya disponibilidad de energía, el alcohol, los carbohidratos, las proteínas y las grasas, se irán metabolizando precisamente en ese orden (Moreno, et. al, 2004). Así la energía se obtiene fundamentalmente del alcohol y los carbohidratos, cuando están disponibles; las proteínas se ubican en una posición

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

intermedia y finalmente las grasas, las cuales tienden a oxidarse en una mínima proporción en condiciones postprandiales. En condiciones de ayuno, la situación se revierte, utilizando como principal sustrato los ácidos grasos depositados. Este proceso, es definido como jerarquización en el uso de los sustratos energéticos (Albala, et. al, 2003).

Todo este metabolismo oxidativo de los macronutrientes va a depender de su disponibilidad, de la velocidad de absorción de los componentes dietéticos y en su utilización. Tomando en cuenta también, el balance entre lo ingerido, versus las necesidades energéticas en un momento dado y del efecto glicémico e insulinémico que estos sustratos produzcan.

Sin embargo, la participación relativa de los macronutrientes cambia a lo largo del día y durante el sueño. En el día, la oxidación de sustratos está modulada fundamentalmente por la ingesta de alimentos, el ejercicio y la actividad ocupacional diaria. Durante la noche, la contribución de los carbohidratos tiende a disminuir, llegando a ser grasas en la mayoría de las personas, que al despertar es el macronutriente que aporta más energía (Albala, et. al, 2003).

En cuanto el diagnóstico de la obesidad, debemos saber que no hay forma directa de medir la cantidad de grasa corporal de una persona. Por eso se recurre a métodos indirectos, que ofrecen como resultado indicadores que guían a los especialistas para determinar si en un organismo existe exceso de grasa. Algunos de los cuales son de fácil acceso para médicos y nutricionistas y otros están restringidos, debido al alto costo de los equipos y máquinas necesarias. Es importante aclarar que ningún método brinda verdades absolutas, se trata de indicadores que orientan hacia un estimado.

Algunos métodos para el diagnóstico, según Moreno et. al, (2004), se pueden dividir en métodos antropométricos de difícil acceso y métodos antropométricos de fácil acceso. En cuanto a los métodos antropométricos de difícil acceso se encuentran, por ejemplo, la Bioimpedancia Eléctrica. Esta consiste en la aplicación de electrodos colocados en manos y pies de un mismo lado del cuerpo

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

y una 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 tiene el dato de la cantidad de agua total, puede deducirse la cantidad de tejido magro, que es el tejido sin grasa y en consecuencia la cantidad de grasa y el porcentaje de ésta en función del peso corporal total.

Otro método antropométrico de difícil acceso es la Medición de Agua Corporal Total por Dilución de Marcadores. Esta técnica está basada en el principio físico de la dilución, por medio del cual 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 de antemano el valor del agua corporal total. El paciente ingiere un líquido que reacciona y puede ser medido mediante cromatografía o absorción infrarroja.

Un método antropométrico de fácil acceso sería la Relación Peso-Talla. Aquí se mide la masa corporal total de la persona, pero su limitación sería en que no tiene en cuenta la cantidad de grasa que posee, ya que no diferencia a una persona con exceso de grasa de una con importante masa muscular.

Otro método antropométrico de fácil acceso sería la Medición de Pliegues de Grasa Subcutánea. La grasa subcutánea constituye aproximadamente el 50% de la masa corporal total. A través de un lipocalibrador, que es una herramienta que ejerce presión sobre el pliegue, se pueden medir los pliegues de grasa subcutánea, sobre todo, los denominamos pliegue tricipital y pliegue subescapular.

La Medición Cintura-Cadera ha sido empleado como un método antropométrico de fácil acceso y se usa en la prevención de enfermedades crónicas, pues 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 (López &

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

González, 2001), aunque no como única alternativa, porque sus resultados se combinan con los de otras técnicas. Algunas veces existen discrepancias acerca de cuál es el punto exacto para medir la cintura.

Por último se tiene el Índice de Masa Corporal, que es también un método antropométrico de fácil acceso. Conocido internacionalmente por su siglas (IMC), se trata de uno de los métodos más utilizados y cuyos resultados son más confiables, debido a su importancia en el diagnóstico de la obesidad. Cabe mencionar que existe más de una tabla, pues estas tablas se elaboran sobre la base de encuestas e investigaciones poblacionales. Su fórmula es la siguiente:

$$\text{IMC} = \text{peso en kilogramos} / \text{talla en metros al cuadrado (m}^2\text{)}$$

Se busca en la tabla de Índice de Masa Corporal el dato obtenido de la fórmula, considerado normal para las edades que se estipulan. En los adultos, se aceptan como válidos los siguientes parámetros con relación al IMC (Villa, et. al, 2004).

Peso Insuficiente	IMC inferior a 18.5
Peso Normal	IMC entre 18.5 y 24.9
Sobrepeso de grado I	IMC entre 25 y 26.9
Sobrepeso de grado II (preobesidad):	IMC entre 27 y 29.9
Obesidad tipo I	IMC entre 30 Y 34.9
Obesidad tipo II	IMC entre 35 Y 39.9
Obesidad tipo III (mórbida)	IMC entre 40 Y 49.9
Obesidad tipo IV (extrema)	IMC superior a 50

Una de las limitaciones que posee, y tal vez una de las principales, es que el IMC no distingue entre la masa grasa y la masa libre de grasa, por lo que se han observado variedad de casos en las que una persona obtiene como resultado valores normales para el índice, padeciendo sin embargo, sobrepeso u obesidad y viceversa.

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

En todos estos métodos para diagnosticar obesidad, hay que tener en cuenta todas las variables para medir. Cualquier método no representa algo fiable, sino que simplemente es un indicador que en una complexión normal puede ser efectivo, pero por norma general no sirve como único indicador, sino que hay que fijarse en otras variables propias de cada persona y de su estilo de vida.

La causa fundamental de la obesidad se le atribuye a varios factores, según Villareal et. al (2012) entre ellos se encuentran: la modificación mundial de la dieta; aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes; y la tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos. Tomando en cuenta también, los cambios en el medio de transporte y a la creciente industrialización.

Desde el punto de vista psicológico, la obesidad es difícil de definir, ya que se pueden considerar varias teorías psicológicas que puedan explicar y estipular su posible etiología y su tratamiento. No obstante, la obesidad es el trastorno metabólico más frecuente de las sociedades. No existe un tratamiento único para la obesidad. Se ha observado que no todas las personas responden de igual manera a un tratamiento. Así mismo, un paciente puede responder de forma distinta en un tratamiento, aunque ya lo haya realizado anteriormente.

1.1 OBESIDAD EN MÉXICO

Según Albala, et al. (2003) las tendencias actuales de aumento de la obesidad en el ámbito global y en especial en México, se explican, en gran medida por el sedentarismo e inactividad y por los cambios dietarios, caracterizados por el consumo de dietas ricas en energía y altas en grasa.

Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2008 había en todo el mundo, aproximadamente 1, 600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso y al menos 400 millones eran adultos obesos. Además, calcula que en 2015 habrá

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

aproximadamente 2,300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad (OMS, 2012).

Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano (García, et. al, 2010).

En los últimos 10 años se ha duplicado el número de casos de obesidad en México. La obesidad está asociada a 300 mil muertes por año y cada vez afecta en mayor cantidad a las mujeres que a los hombres, debido a causas emocionales, metabólicas y endocrino-hormonales, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2013 (Ensanut), la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres adolescentes aumentó de 33.4 a 35.8%. Y en el caso de mujeres de más de 20 años este porcentaje pasó de 71.9 en 2006 a 73% en 2013.

México gasta 7% del presupuesto destinado a salud para atender la obesidad, sólo debajo de Estados Unidos que invierte el 9%. Tres de cada cuatro camas de hospital las ocupan pacientes con enfermedades relacionadas con la obesidad. Lo que conlleva a que el 25% de las incapacidades laborales son por padecimientos relacionados con la obesidad y gastos de entre 22% y 34% superiores en el ingreso familiar (OMS, 2012 & Villaseñor, et. al, 2006).

Recientemente en junio del 2013 La Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) lanzó en Roma una campaña mundial para erradicar la malnutrición, que genera no sólo carencias alimentarias, sino también obesidad, un desafío para buena parte de los países de América Latina, en particular para México. En el informe "Sistemas Alimentarios para una mejor Nutrición", los expertos calcularon que unos 2 mil millones de personas en el mundo sufren de una o más deficiencias alimentarias, es decir, no consumen los nutrientes requeridos, mientras mil 400 millones tienen sobrepeso, de los cuales

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

500 millones son obesos. Además se mencionó que el país con el mayor nivel de obesidad es México, más que Estados Unidos.

Para combatir la malnutrición, recomienda una alimentación sana, que debe comenzar desde la agricultura. La forma en que cultivamos, criamos, procesamos, transportamos y distribuimos los alimentos influye en lo que comemos, sostiene la FAO en el informe.

1.2 ENFERMEDADES ASOCIADAS

La obesidad hoy en día es considerada una enfermedad crónica no transmisible por sí misma, dejando de ser considerada tan sólo como una condición física, se ha convertido en un riesgo de enfermedades. El riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el IMC. Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas ya que contribuye en forma importante al aumento en la prevalencia de enfermedades cardiovasculares (cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales), que ya constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, con 17 millones de muertes anuales (Rodríguez, et. al, 2009). Sin olvidar a la diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial, la OMS calcula que las muertes por diabetes aumentarán en todo el mundo en más de un 50% en los próximos 10 años (OMS, 2012). Además, la obesidad se asocia a una mayor ocurrencia de varios tipos de cáncer, colelitiasis, trastornos osteoarticulares, de músculos y ligamentos. Todo esto afecta en forma significativa la salud y el bienestar físico de adultos. El costo de la sociedad se relaciona no tan solo con las muertes y la carga de enfermedad, sino con la discapacidad y la calidad de vida de la población (Albala, et. al, 2003).

Esto, sin olvidar las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas (aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad), de los ciclos de pérdida-recuperación de peso, donde los pacientes se sienten culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso con familiares,

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

compañeros de trabajo y profesionales de la salud. Logrando conducir al paciente obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas (Vera, et. al, 2010).

La obesidad está íntimamente relacionada con patologías tanto de interés sanitario y económico. Todas estas patologías presentan una elevada prevalencia y consumen gran cantidad de recursos sanitarios, por lo que la obesidad, lejos de ser exclusivamente un problema estético, es una de las enfermedades asociadas a un mayor coste económico y con gran cantidad de implicaciones de carácter sanitario y social.

En cuanto a la distribución de costes directos e indirectos, es importante señalar que las dos terceras partes de los costes de la obesidad son indirectos. Estos costes están constituidos por todos aquellos que tienen lugar a causa de las bajas e incapacidades laborales así como la mortalidad prematura, entre otros (Villa, et. al, 2004). La obesidad en sí misma y muchas de las patologías asociadas tienen un importante componente incapacitante, cuyo coste debe ser evaluado convenientemente.

1.3 PREVALENCIA DE LA FALTA DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES OBESOS

Numerosos estudios confirman que la mitad de los pacientes obesos no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida (Peralta & Carbajal, 2008). Por lo anterior, la no adherencia al tratamiento, se ha convertido en un problema de salud pública. Según la OMS (2012) es un problema mundial de alarmante magnitud, principalmente en la obesidad. En países desarrollados promedia un 50% de adherencia terapéutica, en los países no desarrollados las tasas son aún menores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud. Por ejemplo, en China, Gambia y las Islas Seychelles, sólo 43,

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

27 y 26%, respectivamente de los pacientes con obesidad se adhieren a su régimen de medicación (Peralta & Carbajal, 2008).

En los países desarrollados, como los Estados Unidos, sólo el 51% de los pacientes se adhieren al tratamiento prescrito (Ingramo, 2005).

Así mismo, los datos sobre pacientes con diabetes y obesidad en Europa revelan que entre 40 y 70% se adhiere a los tratamientos para mejorar su glucosa (Torres, et. al, 2008). En Australia, sólo el 43% de los pacientes con hipercolesterolemia y obesidad toman su medicación según lo prescrito todo el tiempo y solo 28% emplean la medicación preventiva prescrita (Ingramo, 2005).

En el tratamiento para la enfermedad de la osteoartritis provocada por la obesidad en México, varía entre 37 y 83%, pero varía según las características demográficas de las poblaciones de pacientes (Rodríguez, et. al, 2009). La obesidad y el cáncer representan en conjunto 54% de la carga mundial de enfermedad en 2001 y superarán el 65% de la carga mundial de morbilidad en 2020 (OMS, 2012).

Esto representa un desafío extraordinario para las campañas de salud poblacional, en las cuales el éxito se determina principalmente por la adherencia a los tratamientos a largo plazo. Estos indicadores son sumamente preocupantes, pero proporcionan una imagen incompleta para evaluar el grado real de la adherencia terapéutica. Esto es para que pacientes en edades tempranas, como los adolescentes y los niños, no tengan complicaciones de salud en un futuro y se puedan disminuir enfermedades.

Una imagen completa de la magnitud del problema es fundamental para formar a un equipo multidisciplinario y crear técnicas e instrumentos que favorezcan la adherencia terapéutica principalmente con el apoyo del psicólogo.

La no adherencia terapéutica multiplica las dificultades de mejorar la salud de las poblaciones, produce desequilibrio económico y la utilización de los recursos que

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

no benefician la salud del paciente. Desgraciadamente, el personal de salud en México y en otros países, al no contar con todo lo necesario para la atención del paciente obeso, da como resultado una inasistencia a la consulta con un médico, permitiendo que se retrase el diagnóstico de algunas enfermedades (Molinar, 2007).

Los anuncios comerciales en los medios de comunicación han difundido la idea errónea de que con bajar de peso la obesidad se resuelve, lo que da pie a la preferencia de las personas a utilizar tratamientos rápidos y sin esfuerzo para la disminución de peso.

Actualmente grupos de psicólogos en México que se han preocupado por disminuir las causas y apoyar el tratamiento adecuado de la obesidad, han observado que la psicoterapia forma una parte fundamental antes y después de un tratamiento para dicha enfermedad.

1.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES OBESOS

Durante muchos años se mantuvo la teoría de que las personas obesas tenían problemas de personalidad y que aliviaban su malestar con comida (Rodríguez 1999 citado en Albala, et. al 2003). Kaplan y Kaplan (citado en Torres, et. al, 2008) propusieron que la sobreingesta era una conducta aprendida, utilizada por el sujeto como mecanismo para reducir la ansiedad. Pero es interesante saber que todavía no es clara la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual, por lo que ésta ha sido excluida de la clasificación de la American Psychiatric Association en el DSM-IV-TR (2002) y por la OMS en el ICD-10 (García, et. al, 2010).

Sin embargo, hay evidencia de alteración en la percepción y en la conducta de los pacientes obesos (Ingaramo, et. al, 2005), por lo que es conveniente buscar tratamiento psicológico para redefinir los problemas a los que se enfrenta. Se ha

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

señalado que es más común encontrar alteraciones de personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas que en las de peso normal (López & González, 2001). Entre las alteraciones referidas se encuentran: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia, dependencia al tabaco, ansiedad, conductas de evasión y agresión. Sin embargo es evidente, que la estigmatización debe traer consecuencias graves en la conducta, personalidad, habilidades sociales, habilidades cognitivas y sexualidad del paciente obeso (Moreno et. al, 2004).

Otra alteración cognoscitiva que se presenta en el paciente obeso es la imagen corporal distorsionada. Se entiende como imagen corporal a la representación psicológica subjetiva de uno mismo (Cash & Pruzinsky, 1990, citado en Silvestri, & Stavile, 2005). La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento que se tiene de sí mismo (Gómez, 2013). La insatisfacción de esta imagen corporal, desarrolla en el paciente la necesidad y motivación para intentar bajar de peso, así mismo se convierte en un impedimento y malestar crónico que influye en pensamientos, sentimientos y conductas repercutiendo la calidad de vida (Pablo, 2007).

Comúnmente en pacientes obesos se pueden observar trastornos alimentarios, uno de ellos es el atracón. Los atracones alimentarios se caracterizan por descontroles recurrentes en la ingesta (Galicia, 2009). La persona ingiere grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, con una sensación de pérdida de control sobre qué se come y cuánto come, seguido por sentimientos de culpa. Finalmente, repercute sobre la idea o la preocupación de la figura corporal (Silvestre, 2011).

Los trastornos de sexualidad también son un aspecto importante para tener en cuenta en pacientes obesos. Si el paciente experimenta episodios de frustración en el contacto sexual, ésta puede dar como resultado altos niveles de ansiedad (Shrike, 2006). Ocasionalmente personas obesas no desean tener relaciones íntimas, afectivas o sexuales con su pareja por miedo a exhibir su cuerpo (Silvestre, 2011), tienen miedo al abandono por su condición corporal (Jiménez,

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

2004) o por el apetito sexual disminuido (Moreno, et. al, 2004), provocando así manifestaciones dañinas para la salud.

El tener una pérdida de un ser querido también se ve relacionado con los trastornos de conducta (Chávez, 2011). En estos casos el sujeto elige la comida como un consuelo para no sentirse abandonado, al comer desproporcionadamente genera sobreingesta de alimentos y produce obesidad, que da como resultado deterioro de la autoestima y la alteración de la imagen corporal.

El valor simbólico y emocional que se tenga de los alimentos va a estar asociado a recuerdos buenos o malos, en situaciones, personas, etapas de la vida, que impiden o provocan la ingesta (Albala et. al., 2003). Estas asociaciones hacen ingerir cierto tipo de alimentos para cada ocasión, provocando una búsqueda de alimento en cada fecha determinada.

Es común encontrar pacientes que justifiquen su obesidad (Ingaramo, et. al, 2005) estas son habitualmente el cónyuge y los padres, pero también puede tratarse de hermanos y amigos al estar en convivencia continua. La relación que se tiene con estas personas y la relación con la familia convierten en un círculo vicioso que se repite en cada reunión.

Cada uno de estos trastornos pueden o no estar presentes en el paciente obeso. No suelen funcionar de forma aislada, sino en combinación con otras alteraciones psicológicas, lo fundamental es identificarlas y darles el tratamiento psicológico adecuado para que no se conviertan en un obstáculo en el tratamiento y el paciente tenga adherencia al tratamiento.

1.5 MANEJO DE LA OBESIDAD

En principio, es importante saber que la obesidad puede prevenirse y tratarse. En este sentido sé es absolutamente responsable de ella y se puede observar dos tipos de pacientes según López & González (2001). Existen los adultos que a raíz de un tratamiento, logran descender de peso y tienden a recuperarlo después de determinado lapso, por diversas circunstancias. Los que, por otro lado, logran mantener el peso deseado con el tratamiento y lo adhieren a su rutina diaria a costo de no abandonar nunca la rigurosidad de la dieta alimenticia y la rutina de ejercicios indicada por el profesional. De ahí que la aplicación de estrategias y planes para prevenir la obesidad en adultos se convierte en un objetivo primordial. Colaborar con los médicos en el tratamiento de la obesidad es una parte fundamental para el paciente. Para el psicólogo tomar en cuenta el entorno familiar y social de una persona obesa deberá ser una vertiente principal de tratamiento (Danielle, 2006).

Una de las funciones prioritarias de los profesionales de la salud es promover comportamientos saludables, ya sea para prevenir enfermedades, para controlarlas o para disminuir sus efectos adversos. Con estos objetivos, se tiende a aconsejar realizar dieta, hacer ejercicio físico, tomarse las cosas con tranquilidad y cumplir con el objetivo planteado en base al tratamiento establecido.

Algunos profesionales desesperan al comprobar que aún con sus bien intencionados consejos, los pacientes no obtienen los resultados esperados. Tratan de implicar al paciente en objetivos de querer cambiar y comprometerse a un equipo multidisciplinario, tomando en cuenta las cuestiones de validar, escuchar y orientar.

Así mismo, Albala, et al., (2003) mencionan que el tratamiento debe orientarse fundamentalmente a cambiar los estilos de vida, promoviendo el consumo de una dieta saludable, apoyo psicológico y aumentando el nivel de actividad física.

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

Los tratamientos ofertados para el control de las enfermedades crónicas y de la obesidad en particular, requieren de un grado de cumplimiento, mejor llamado adhesión (Martin & Granados, 2005). Se puede observar en cuanto al papel activo del sujeto, que muchas veces no corresponde con la realidad observada. La motivación para implicarse en un tratamiento de pérdida de peso depende mucho de las posibles consecuencias y de los resultados positivos o negativos que se vayan consiguiendo (Silvestri & Stavile, 2005). Las circunstancias del entorno pueden influir en la conducta alimentaria, en la decisión de perder peso y en las acciones para conseguirlo. A menudo, las recomendaciones del médico compiten con otros estímulos que tienen más valor emocional para el paciente y que dificultan su compromiso con el tratamiento (Vázquez, 2004).

Promover motivación es una responsabilidad clínica con la que se ayuda a que el paciente aclare los motivos por los cuales abandona el tratamiento y la conducta para arriesgarse a cambiar. La atención a este tipo de pacientes debe contemplar una perspectiva integral que desarrolle herramientas motivacionales, nutricionales, de actividad física y farmacológicas ajustadas a las necesidades del paciente con métodos diferenciales y objetivos complementarios.

El trabajo del psicólogo (Villarreal, et. al, 2012), es de reconocer la empatía como motor de cambio y a la comunicación como un acto clínico de gran relevancia en el fomento de la adhesión. A su vez el paciente buscará aspectos psicológicos que dificulten la adherencia terapéutica, así influir a que el paciente concluya y adhiera el tratamiento a un estilo de vida más saludable.

2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La Adherencia Terapéutica es un tema muy importante, principalmente en el tema de salud. Contribuye a que el paciente lleve a cabo el tratamiento sugerido y con esto tener la mejoría esperada. En un principio, se pensó que el paciente era la causa del “problema de cumplimiento”, porque se suspendía el tratamiento o nunca se llevaban a cabo las recomendaciones del médico o especialista (Vera et. al, 2010). Posteriormente, se abordó también la función del personal asistencial. En la actualidad Villarreal, et. al, (2012) reconoce que se requiere un enfoque de disciplinas. Por esto es importante que el psicólogo participe dentro de este proceso, pues hay que tener en cuenta varios aspectos tanto físicos como psicológicos durante todo el tratamiento y después de ello. Ya que los mismos pacientes son los que toman las decisiones sobre su medicación y ellos mismos consideran los factores personales. Los pacientes se ponen a disposición de la intervención, toman en cuenta su entorno y sobretodo, se tiene la percepción de la causa de su enfermedad o el método para enfrentarla.

La Adherencia al Tratamiento o Cumplimiento Terapéutico, según Peralta & Carbajal (2008) se define como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas.

La OMS en el 2001 consideró que la Adherencia Terapéutica es el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas. Tomando el término “médico” insuficiente, porque no describía la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades, ya sean agudas o crónicas. Además, se tomaba la palabra “instrucciones” como algo que implicaba que el paciente era un receptor pasivo. Tampoco tomaba en cuenta que tenía que consistir en un asesoramiento con un personal experto en la materia en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento.

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

El concepto se retomó hasta el año del 2004, donde la OMS habla que el concepto de Adherencia Terapéutica se puede entender como: el grado en que el comportamiento terapéutico de una persona, por ejemplo: tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida; corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Se reconoce el concepto de comportamiento terapéutico como la búsqueda de atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física (OMS, 2004).

La OMS (2004) menciona que la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria, sea médico, enfermera u otro profesional de la salud, debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno. Se visualizó que la calidad de la relación de tratamiento es un determinante importante de la adherencia terapéutica.

Una relación de tratamiento efectiva (Pérez, 2010) se caracteriza por un medio en el cual se exploran procesos terapéuticos alternativos, se negocia el procedimiento, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el seguimiento.

Al diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia (Meneses, 2008), es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones. El término cumplimiento culpa directamente al paciente por no seguir lo recomendado, ya sea de forma intencionada o no intencionada, ya que el paciente siempre tiene el control de ello en todo momento. Los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de salud y nunca deben de ser obligados a realizar actividades, ni mucho menos, tomar algún tratamiento en el cual no estén convencidos de realizarlo. La buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva (Ingaramo, et al., 2005).

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

El término adherencia requiere un compromiso por parte del paciente y responsabiliza al médico para crear un medio en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones y como resultado mejore la efectividad del tratamiento (Torres, et. al, 2008).

Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento. Pero la repercusión de la no adherencia terapéutica incrementa la carga de enfermedades a escala mundial.

Las consecuencias de la no adherencia corresponden a resultados bajos de salud y mayores costos sanitarios, así mismo, compromete gravemente la efectividad del tratamiento. Por otra parte, la adherencia al tratamiento aumenta la seguridad de los pacientes, se da la atención necesaria para los procesos crónicos y principalmente se basa en el autocuidado del paciente, especialmente al modo de vida (Rodríguez, et. al, 2009).

Los pacientes se enfrentan con varios riesgos de salud si no son apoyados apropiadamente por un equipo multidisciplinario. Los resultados del tratamiento no se pueden observar sin una planificación y evaluación de procesos que fomenten la adherencia terapéutica. Aumentar la efectividad de la adherencia tiene una repercusión mayor sobre la salud en comparación con los procedimientos médicos rígidos (Vázquez, 2004).

La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, según Vera, et. al, (2010) una de ellas es de acuerdo al periodo de seguimiento, que sería: incumplimiento parcial, incumplimiento esporádico y el incumplimiento completo. En el incumplimiento parcial el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos. El incumplimiento esporádico el individuo incumple de forma ocasional (en personas ancianas que olvidan dosis o toman dosis menores por miedo a los efectos adversos). Cuando el tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas, se le conoce como incumplimiento esporádico en comparación con el

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

incumplimiento completo, que es cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida. Sin embargo, existe también el cumplimiento de bata blanca, según Peralta & Carbajal, (2008) que sólo se adhiere al tratamiento cuando está cercana la visita médica.

Otras formas de clasificar la no adherencia, según Vera et. al, (2010) se dividen en primaria y secundaria. La primaria se caracteriza cuando no se lleva a cabo la prescripción de la consulta o no adquieren los medicamentos de la farmacia. La secundaria es cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el número de dosis, se aumenta la frecuencia de la dosis o se deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico.

De manera general la no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones según Pompa, et. al (2011), principalmente se pueden clasificar en cuatro factores: factor psicológico, factor fisiológico, factor social y factor metodológico. Dentro del factor psicológico, se puede encontrar el deterioro cognoscitivo y los estados alterados de ánimo, que pueden condicionar que el paciente no procese de forma adecuada la información. Si el paciente experimenta un aprendizaje incorrecto, adquiere fuera de tiempo o inclusive omisión parcial o total de toda la información expresada por el médico, como resultado se obtendrá una forma incorrecta de seguir el tratamiento, al igual, tardará más tiempo en adherirse.

Sin embargo, la percepción subjetiva de la gravedad también influye, es decir, si el paciente cree que esa enfermedad es grave y pone en riesgo su vida cumple con mayor precisión el tratamiento y viceversa, si el paciente no cree que su vida corre peligro, es más difícil que se adhiera al tratamiento.

La adhesión es especialmente difícil en el caso de enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo. Su entorno se ve afectado a un más si su rol en la sociedad o las creencias sociales o mitos de salud hacen que se aíslen o dejen de hacer las cosas que hacían antes.

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

La adherencia también se complica cuando existe una confusión del tratamiento, en especial cuando el médico le indica al paciente que tome medicinas sólo cuando no se sienta bien y suspenderlas cuando se sienta mejor. Esto suele confundir al paciente porque se puede entender que una dosis mayor es mejor.

En cuanto a los factores fisiológicos, el deterioro sensorial, la pérdida de visión o audición, dificulta la independencia lo cual hace que un paciente siempre espere ser ayudado en el tratamiento. Por otro lado, el tipo de enfermedad es importante, se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad, el cumplimiento del tratamiento disminuye. Al igual se ha observado que si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, habrá menos adherencia al tratamiento.

Factores sociales, como las condiciones del ambiente en el que se desenvuelve el paciente, influirán en su percepción del tratamiento, así como en su funcionamiento, especialmente por la característica de la obesidad, de ser una enfermedad estigmatizada por la sociedad.

Cuando el tratamiento tiene fines preventivos disminuye la adherencia terapéutica, tomando en cuenta los aspectos metodológicos, como no hay una enfermedad establecida, disminuye la importancia de seguir un tratamiento de prevención. Así mismo, ya estando en la enfermedad cuando el tratamiento es prolongado por falta de recursos, tiempo, dinero y apoyo los pacientes creen que la enfermedad no se puede combatir.

Otro aspecto metodológico es cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea o el esquema de dosis es complicado, esto dificulta la memorización de tantos medicamentos, la forma y hora de aplicarlos (Rodríguez, 2001). Al igual se complica cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos considerables. Se ha mostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia.

3. PROPUESTA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES OBESOS

Cuando se le diagnostica obesidad a un paciente y acude al consultorio de psicología, suele traer consigo un número que establece el grado de obesidad que tiene y la categoría de sí mismo. En Psicología, es necesaria una visualización integral del paciente que aclare el motivo de consulta y el tratamiento que se va a llevar a cabo. Antes de iniciar cualquier programa para la reducción de peso, es necesario tener en cuenta cuánta pérdida es la recomendada por el médico y saber cuál es el tiempo normal para bajarlo, al igual que los obstáculos que el paciente experimenta al llevar a cabo su tratamiento.

La propuesta está enfocada en la labor del psicólogo, con la intención de adherir al tratamiento al paciente obeso, introduciendo habilidades adecuadas en el paciente para que el tratamiento lo lleve a cabo en su vida diaria. En esta propuesta se amplía la participación del psicólogo con el objetivo de ayudar al paciente a visualizar su tratamiento de forma distinta y sencilla, como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, estilo de vida menos sedentario, integrando activamente el ejercicio, una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad.

Como en toda consulta clínica, el paciente debe definir cuál es la principal queja de su consulta, el médico no debe asumir que la obesidad es la principal queja por la que se consulta al psicólogo. Si el médico considera que no procede incluir la obesidad dentro de la terapia psicológica, no es necesario que se tome en cuenta. Si el paciente consulta por diabetes mellitus, alteraciones musculoesqueléticas u otros procesos en los que se piense que la disminución de peso pueda mejorar la condición, es necesario comentarlo al paciente para que lo ubique en el contexto.

Desde la primera entrevista es necesario que el paciente tenga la idea que se trata de un padecimiento de toda la vida, que será dirigido a toda la familia, debido al fuerte componente de herencia y a que el ambiente familiar puede influir en la etiopatogenia y persistencia de esta enfermedad.

3.1 EVALUACIÓN

El primer objetivo de la propuesta, es la fase de evaluación pretratamiento. En esta fase el psicólogo dentro de las primeras sesiones hará la evaluación del estado de salud físico y psicológico del paciente, tomando en cuenta los datos generales que se proporcionen por el médico o por el mismo paciente. Estos datos generales pueden ser: peso, talla, IMC, presión arterial, condición física, ocupación, medicamentos, tratamientos, institución de salud, ingresos económicos, conocimiento de la enfermedad, costo del tratamiento, círculo familiar, autocuidados, dieta, estados de ánimo, nivel de ansiedad, nivel de depresión, condiciones ambientales de comida, horarios de trabajo, horarios de comida, horarios de sueño, conducta de “picoteo”, aceptación de enfermedad, relación médico-paciente y variables cognitivas y/o emocionales asociadas al incumplimiento del tratamiento.

En el caso de las variables cognitivas y/o emocionales, existen un sinnúmero de teorías que explican su atribución psicológica, considerando a la obesidad como respuesta a tensiones emocionales o bien como síntoma de una enfermedad mental subyacente (Amigo & Fernández, 2013). Surgiendo, por lo tanto, la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

Existen una serie de instrumentos diagnósticos recomendables para la evaluación del paciente obeso, dependiendo del foco de atención en que el profesional quiera centrarse y el grado de objetividad que éste persiga. Es posible encontrar un instrumento de medición de personalidad como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) con sus 10 escalas clínicas básicas para la elaboración de un perfil básico y sus 15 escalas suplementarias manifestando así salud general, afectiva, neurológica, síntomas motores, actitudes sexuales, políticas, sociales, aspectos educativos, ocupacionales, familiares, maritales y manifestaciones de conductas neuróticas y psicóticas. Al igual el psicólogo puede implementar la Entrevista Semiestructurada (IPDE) de la OMS para el diagnóstico

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

de desórdenes de personalidad que se basa en los criterios del DSM IV-TR. Test proyectivos como Rorschach, la figura humana o del árbol, para medir estructura de personalidad y aportar datos sobre la forma de procesar la información de las personas, sobre aspectos de la personalidad, pensamientos, percepciones y emociones.

Para la evaluación de adherencia al tratamiento existen instrumentos que la evalúan como por ejemplo el De la Torre & Gómez, realizado en el 2002 (Hernández & Grau, 2005). Para la evaluación de la adherencia se tomó en cuenta variables como el cumplimiento de la dieta recomendada, realización del ejercicio, control de peso, control de presión arterial y glucosa capilar. Tomando la información del interrogatorio directo en cada sesión con el paciente y contrastándola con los datos arrojados por los instrumentos de medición.

Instrumentos como el de “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico” le ayudan al psicólogo a visualizar todos los factores que influyen en el paciente a la hora de implementar un tratamiento. Este instrumento fue diseñado por Bonilla y De Reales en el 2006, conformado por 24 ítems y cuatro dimensiones. Este instrumento cuenta con validez y confiabilidad, con lo que se demostró que las variables se correlacionaban con lo que se pretendía medir. Este instrumento se puede utilizar en diferentes poblaciones que se encuentren afectadas por el fenómeno de la adherencia al tratamiento. Para su creación la autora tomó como marco de referencia un conjunto de cinco factores denominados dimensiones que según la Organización Mundial de la Salud (2004) en su proyecto sobre adherencia son: factores sociales y económicos, factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con las características de la enfermedad, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente.

La primera de las cuatro dimensiones que contiene se observa los factores socioeconómicos que incluyen seis subdimensiones: estatus económico, educación, aspectos sociales de apoyo, aspectos ambientales, aspectos culturales y demográficos, estos en total constan de 6 ítems.

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

La segunda dimensión contiene factores relacionados con el proveedor, como puede ser el sistema y equipo de salud, como es la relación entre paciente y servidor, acceso al cuidado y escenario del cuidado. Esta dimensión consta de 8 ítems.

Los factores relacionados con la terapia y los medidores se encuentran en la tercera dimensión con 6 ítems. Los factores relacionados con el paciente como el conocimiento, actitudes, motivación, factores emocionales, creencias y capacidad para tomar decisiones se encuentran en la cuarta dimensión con 4 ítems.

El instrumento utiliza una escala de calificación tipo Likert de 1 a 3 con las siguientes puntuaciones 1. Nunca 2. A veces 3. Siempre El instrumento se puede aplicar a pacientes ambulatorios o internados.

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad son claros, por lo que el terapeuta u otro profesional a cargo del paciente obeso debe cumplir con apoyo, información, educación, fortalecimiento y facilitación de la catarsis, así como, la expresión de conflictos por parte del paciente. Esto último principalmente porque en el paciente obeso se presentan comúnmente problemas en el área afectiva y cognitiva, como baja autoestima y autoimagen, especialmente en lo referente al propio esquema corporal (representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo), observándose una deteriorada imagen de sí mismo y de su cuerpo, bajas expectativas de autoeficacia y logro.

Por lo anterior, un tratamiento integral del paciente obeso debe facilitarle no sólo herramientas que le permitan un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida, sino también debe proveer de herramientas básicas para lograr un fortalecimiento interno básico, que le ayude a obtener resultados óptimos en este caso, la reducción de peso.

3.2 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

Como principal herramienta de trabajo se promueve la Terapia Cognitivo Conductual, ya que su uso ha demostrado ser efectiva en el aumento de la adherencia terapéutica en pacientes obesos (López & González, 2001), modificando los factores que influyen en el entorno del paciente. Provee métodos eficaces y sencillos que puede practicar el paciente fuera del consultorio con una buena orientación del psicólogo. Esta terapia también es utilizada para pacientes que sufren ansiedad, fobias, depresión, pánico, bulimia, esquizofrenia, trastorno estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, entre otros trastornos psicológicos (García 2010, Moreno 2004, Rodríguez 2009, Vera 2010). Este tipo de tratamiento conductual está basado fundamentalmente en las técnicas de autocontrol, las cuales permiten identificar y controlar la propia conducta del paciente, mediante la manipulación de condiciones que se relaciona su ambiente, bajo los principios del condicionamiento operante.

El modelo cognitivo conductual afirma que determinadas situaciones llevan consigo una emoción y un pensamiento, que darán como resultado una conducta y una consecuencia (Márquez, 2005). En el caso de la adherencia, se efectuará una respuesta para aumentar o disminuir la frecuencia o probabilidad de realizar el tratamiento, por ejemplo, si el paciente adopta el comportamiento deseado y el cumplimiento de las recomendaciones médicas, se obtendrá una consecuencia positiva, que será el beneficio de su salud.

Por otra parte el modelo cognitivo se centra en las creencias que tienen las personas para adoptar comportamientos cuyo objetivo sea para obtener resultados deseados para su situación particular. Con base en este modelo se considera la intención, la actitud, susceptibilidad, gravedad, la relación coste y beneficio que asumen las personas ante su enfermedad. Se puede decir que el éxito o fracaso de un tratamiento está fuertemente correlacionado con la medida en la que el paciente se ajuste, cambie o modifique su conducta.

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

En otras palabras, la adherencia terapéutica está en función de las cogniciones y éstas a su vez están en función de las conductas que influirán en las emociones del paciente. Por lo tanto, la discrepancia entre las percepciones subjetivas de la enfermedad y su diagnóstico, puede causar una falta de compromiso, el abandono del tratamiento o visitas recurrentes al médico toda vez que el paciente no esté satisfecho con la terapia aun cuando éste ha querido darle confianza. Será necesario tomar en cuenta algunos de los aspectos que ayudan a formar la visión que el paciente tiene de la obesidad, esto permite al médico y al psicólogo comprender mejor lo que el paciente piensa de la enfermedad y lo guiará para abordar el problema del paciente.

Actualmente se han realizado un número considerable de investigaciones relacionadas con la forma de evaluar la adherencia en pacientes que presentan distintos tipos de enfermedades, la información que arrojan estos estudios pueden dar lugar a programas de intervención encaminados al proceso de la adherencia terapéutica, dirigidos tanto a los pacientes, como al personal de salud involucrado en el proceso, ya que este es el que guiará y establecerá las herramientas necesarias.

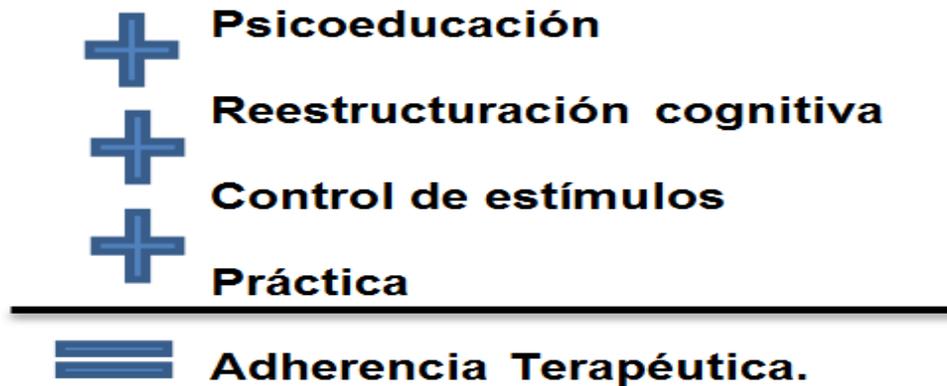
El objetivo principal consistirá en el control de peso mediante la adquisición de hábitos alimentarios sanos y ejercicio físico. Este tratamiento incluirá estrategias cognitivo conductuales para modificar la ingesta, tales como el estilo de comer, estímulos que modifican la ingesta, pensamientos negativos o positivos de la comida y la resolución de problemas. Con este proceso se reorientará al paciente dónde comer, cuándo comer y cómo comer.

Entre las estrategias conductuales para mejorar la adherencia al tratamiento se destacan las instrucciones específicas en donde se definen de forma clara, no ambigua lo que se tiene que hacer para adoptar habilidades relacionadas con el tratamiento. Señalando conductas específicas con un estímulo sobresaliente tomando en cuenta las necesidades del paciente reforzando las aproximaciones, las conductas relevantes, las conductas nuevas y deseables para el tratamiento.

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

En general, no existe claridad con respecto a la etiología de este síndrome, por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que incluya tanto en la etiología, las variables cognitivas, creencias, variables afectivas, manejo de estados emocionales displacenteros, variables ambientales, costumbres y hábitos familiares. Esto debiera traducirse en un abordaje idiosincrático y específico a cada paciente.

3.3 FÓRMULA PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES OBESOS



Las herramientas que se han desarrollado desde perspectivas cognitivas y conductuales han demostrado su utilidad en el tratamiento de diversos problemas psicológicos y de la conducta en general. Desde la perspectiva de la terapia de conducta, se han desarrollado diversas explicaciones teóricas e hipótesis acerca del mantenimiento de la obesidad. Con base en ellas se han desarrollado diversas estrategias terapéuticas para incrementar la tasa de reforzamiento social, la percepción de control del ambiente y de la manera en que se valora por sí mismo la persona con la finalidad de repetir esas conductas reforzadoras.

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

3.3.1 PSICOEDUCACIÓN

Respecto al enfoque de la terapia cognitivo conductual, se busca que el paciente esté atento a los riesgos que conlleva la enfermedad. A partir de los cambios conductuales, se intenta ayudarlo a manejar adecuadamente el estrés generado. La meta en esta parte del tratamiento no se pretende llegar al peso ideal con terapias agresivas, los cambios en el estilo de vida deben ser orientados a mejorar la imagen corporal y establecer un estilo de vida más saludable y permanente para que esta modificación tenga un efecto más duradero. A menudo la psicoeducación involucra a la familia del paciente para que se pueda entender y se sea más capaz de manejar la obesidad. Se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud.

3.3.2 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Se necesita mejorar el aspecto cognitivo que se tenga ante la enfermedad o padecimientos. Si éste se encuentra dañado por pensamientos erróneos, al aplicar técnicas cognitivo conductuales para la reestructuración cognoscitiva va a cambiar la ideología de la obesidad.

La motivación también es algo que se tiene que trabajar constantemente en el paciente obeso, tanto para llevar a cabo la dieta así como el ejercicio diario que se tenga de hacer.

Lograr cambios de actitud al comer es la tarea primordial del psicólogo para llevar a cabo en el tratamiento del paciente obeso para la adherencia al tratamiento. Con cambios muy sencillos, ayudarán a que el paciente no se sienta privado de alimento. Un cambio importante es comer y masticar lentamente para permitir que las señales de saciedad se produzcan, así el paciente se impregnará de textura, sabor y color de los alimentos, notará con más detalle la manera de cocción, así mismo gozará del tiempo con los alimentos. Otra medida consiste en comer

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

anticipadamente bastantes vegetales para que exista sensación de saciedad o utilizar platos más pequeños para que las porciones moderadas no luzcan insignificantes. El objetivo será explicarle al paciente que no sólo los hábitos alimentarios están afectando a nivel biológico sino también a nivel psicológico y con pocos cambios que haga el paciente a lo largo del tiempo podrá introducirlos a su dieta y a un estilo de vida.

En cuanto a la hora de comer es necesario seleccionar un lugar con el espacio disponible para comer a la misma hora y en el mismo lugar siempre que se pueda, realizando tres a cuatro comidas diarias. Siempre cumpliendo con la resolución de dudas y cuestiones planteadas por el paciente, reforzando puntualmente las ejecuciones que orientan al cumplimiento y adherencia al tratamiento o señalar los posibles fallos.

3.3.3 CONTROL DE ESTÍMULOS

Si el paciente se enfrenta ante una situación donde el ambiente le induce a comer demasiado o a comer cosas no reglamentadas en la dieta, se maneja el control del estímulo. La herramienta permite que el paciente evite la exposición a esas situaciones que inducen a comer en exceso o de más. Se le orienta al paciente a separar la relación que existe entre el evento y la comida, simplemente para obtener toda la atención posible mientras se esté llevando a cabo la ingestión de alimentos sin tener distractores que influyan en la cantidad de comida.

Una de las herramientas para poder descubrir en dónde y cuándo el paciente tiene recaídas o sufre episodios que dificultan la adherencia al tratamiento. Con el registro diario y detallado por escrito de lo que ingiere el paciente, lugar donde ingiere los alimentos, cuándo los ingiere y cómo los ingiere, así como las circunstancias bajo las que ocurrió, proporciona información esencial para seleccionar e implementar estrategias de intervención. El paciente observará las influencias del medio ambiente y personales que orientan la modificación de la

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

conducta alimentaria y la identificación de aquellas que no influyen en la dieta. El psicólogo debe orientar al paciente para que aprenda a controlarse en situaciones sociales en las que se puede presentar una crisis de ansiedad, una ingesta de menús hipercalóricos, atracones y pueda rechazar alimentos no aceptados en la dieta. En el entrenamiento se incluye un conjunto de herramientas como es el modelado, el ensayo, la retroalimentación y refuerzo, todas orientadas para estar conscientes a las situaciones donde hay que decir que “no”, a las críticas, a los comentarios, a los insultos, a miradas ofensivas o a malos tratos.

3.3.4 PRÁCTICA

Mediante el Ensayo Conductual "Role-playing", lo que se pretende es que el paciente practique y ensaye las conductas que anteriormente fueron llevadas a cabo por el psicólogo en escenarios donde el paciente se sintió intimidado ante la situación de ansiedad o vergüenza.

El paciente ante el consultorio psicológico siempre tiene que recibir una retroalimentación de lo que esté llevando a cabo en su tratamiento a la hora de la consulta. El paciente debe recibir información inmediata sobre la ejecución de manera que se vaya adquiriendo progresivamente un nivel de ejecución más idóneo. Utilizando el refuerzo, su conducta está destinada al incremento y a su repetición en el tratamiento, sin olvidar el aumento en su nivel de motivación y adherencia al tratamiento.

Un aspecto importante para la adhesión al tratamiento es utilizar la herramienta de entrenamiento para la solución de problemas. El objetivo principal es aprender a plantear los problemas como respuestas inadecuadas, de igual forma, conseguir la interrupción de cadenas conductuales que favorecen la ingesta especialmente fuera de horas.

La finalidad de este aspecto es identificar las situaciones problemáticas y una vez teniendo en cuenta la situación, ver quién está implicado, qué sucede para que

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

sea un problema, por qué molesta, por qué sucede el problema, cómo sucede, estados de ánimo que implica, dónde se presenta, cuándo y cómo se presenta. Una vez analizado el problema o situación problemática detalladamente se busca explicar la importancia de intentar distintas formas de abordarlo, creando una nueva visión del problema, generando el mayor número posible de alternativas de solución.

Una vez elaborado el listado de posibles soluciones, se debe elegir una de ellas teniendo en cuenta básicamente las consecuencias positivas y negativas. Una vez seleccionada y ejecutada se pueda evaluar. Si el resultado ha sido el esperado es importante repasar los pasos dados para experiencias futuras. Si, por el contrario, las consecuencias no han sido las esperadas y el problema persiste, es necesario volver a repetir el proceso, especialmente la elección de la alternativa de solución. Poco a poco el paciente va a ir aumentando la confianza en sí mismo en cuanto a la resolución de problemas.

Para estudiar los cambios producidos tras la fase de tratamiento, se evalúan de nuevo las variables de peso, talla, IMC, presión arterial, condición física, ocupación, medicamentos, tratamientos, institución de salud, ingresos económicos, conocimiento de la enfermedad, costo del tratamiento, círculo familiar, autocuidados, dieta, estados de ánimo, nivel de ansiedad, nivel de depresión, condiciones ambientales de comida, horarios de trabajo, horarios de comida, horarios de sueño, conducta del “picoteo”, aceptación de enfermedad, relación médico-paciente y variables cognitivas o emocionales asociadas al incumplimiento del tratamiento proporcionadas por el médico o el paciente para poder concluir el expediente y dejar cita abierta en caso de alguna recaída. Se refuerza el hecho de haber intentado el tratamiento y se elogian los cambios producidos en él.

Esperando que la convicción de ser capaz de adherirse al tratamiento pueda permanecer por siempre mejorando su calidad de vida y evitando así futuros problemas de salud.

DISCUSIÓN

La falta de adherencia terapéutica es una práctica desalentadora relacionada con el abordaje de la obesidad. Las tasas de no adhesión pueden situarse cerca del 50% y son sumamente costosas para toda población. Por tratarse de un problema de salud pública que incluye múltiples factores y que además posee una naturaleza compleja donde los factores comportamentales y los subjetivos desempeñan un rol importante, se considera a la adherencia a los tratamientos un problema aún no resuelto.

Actualmente, son sumamente importantes todos los programas de intervención multidisciplinar para la pérdida de peso y control de obesidad. Promover la psicoterapia y seguir haciendo énfasis en técnicas cognitivo-conductuales para la adherencia al tratamiento, es una tarea fundamental para el psicólogo y personas relacionadas con la salud, los resultados podrían ser esperanzadores en un corto plazo.

La propuesta dispone manejar estrategias de intervención que contemplen los factores motivacionales de la baja o nula adhesión. Estableciendo desde el primer encuentro una relación empática con el paciente, detectar aspectos relevantes durante la consulta psicológica y después de ésta.

Un problema que se pudiese presentar a la hora de implementar la propuesta, es considerar que las técnicas de modificación de conducta son impracticables en la consulta, por falta de tiempo o porque se cree que el paciente los entendió perfectamente en la consulta y que no tendrá problemas al practicarla, el psicólogo para toda técnica implementada debe practicarla antes. Las intervenciones con el objetivo de mejorar la adhesión, deben ser acompañadas de la observación. El paciente debe tener buen conocimiento acerca de qué hacer en una situación particular.

Por otra parte hay que entender que la adherencia implica acciones complejas, emociones y fenómenos que pueden no ser directamente observables. De este

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

modo, métodos indirectos, como las entrevistas, son generalmente utilizados, debido a que poseen la ventaja de presentar la propia evaluación del paciente respecto de su adherencia. La observación de la conducta del paciente no es usualmente relevante, debido a que es un proceso muy complicado e incluso resulta imposible seguir al paciente durante todo el día. Todo indicaría que al parecer sería interesante desarrollar mecanismos o instrumentos que tiendan a considerar la integración de métodos directos e indirectos para evaluar la adherencia terapéutica, y por el momento complementar ambos métodos.

Tomar parte activa en el cuidado de su salud, tendrá el objetivo de adherir el tratamiento al estilo de vida que se lleve. El paciente debe participar en la planificación del tratamiento y en la definición de las metas a lograr a fin de que sus prioridades, estilos de vida, recursos y posibles obstáculos en el cumplimiento del tratamiento.

Este abordaje interactivo puede parecer muy costoso en tiempo, energía y recursos, sin embargo es una inversión para que cada vez haya menos enfermedades crónicas y se tenga una mejor calidad de vida. Además aspectos psicológicos como la autoestima, el autoconcepto o la autoeficacia van a traer beneficios positivos para una vida sana.

El tratamiento para la obesidad es relativamente complejo, prolongado y requiere de disciplina, planeación y adaptación a cambios que los pacientes y sus familias no siempre están preparados para desempeñar. Estos cambios, como observamos se derivan de un régimen complicado en el medicamento, una dieta especial, actividad física necesaria, eliminar conductas específicas, el mantenimiento de estabilidad emocional y las rutinas que no interfieran con el tratamiento. Así mismo que el psicólogo implemente estas técnicas para mantener su estado de salud en óptimas condiciones y ser un modelo para el paciente, fomentar hábitos saludables, ejemplificar disciplina, demostrar constancia y expresar confianza en uno mismo.

CONCLUSIÓN

La adherencia al tratamiento involucra un asunto comportamental del paciente y se relaciona estrechamente con la conducta del médico o el asistente de salud, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique esclarecer cualquier duda o mal entendido.

La adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables.

Para que se produzca un resultado en el tratamiento es necesario que se tomen en cuenta los aspectos de la fórmula para la adherencia al tratamiento en pacientes obesos planteada anteriormente. La psicoeducación le enseñará al paciente la enfermedad que padece y sus características. Conociendo la enfermedad sabrá a lo que se está enfrentando, las consecuencias que trae consigo al no concluir su tratamiento y los beneficios de ser constante. La Reestructuración Cognitiva cambiará la ideología de la obesidad en forma positiva haciendo que el paciente logre controlar los menús hipercalóricos, la ansiedad o los atracones, mediante un modelamiento de ensayos, retroalimentación o refuerzos. Con estos aspectos la modificación conductual se dará por sí sola, el paciente cada vez disfrutará más sus alimentos y los llevara a la práctica introduciéndolos cada día más en su vida diaria.

La relación médico-paciente se tendrá en consideración constantemente, en ella está involucrada la aceptación convenida del tratamiento, entendida como la relación de colaboración que garantiza el cumplimiento y la aceptación por ambos.

A medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta será necesario el reforzamiento para provocar más a menudo las

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

conductas deseadas para que el tratamiento funcione adecuadamente y el paciente se sienta motivado al realizar las tareas. Esto provocará participación en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento. Tomará un carácter voluntario para las acciones del cumplimiento, participando en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

La toma de conciencia y una firme decisión para bajar y mantener el peso, así como la mentalización de los beneficios de la disminución de peso, aparecen como factores importantes en la lucha para conservar la pérdida de peso con éxito. La propuesta hace notar que un plan de alimentación requiere esfuerzo y perseverancia ya que los resultados positivos tardan en verse.

Sin embargo, el perder peso y lograr mantenerlo trae consigo beneficios que sobrepasan las adversidades enfrentadas, ya que cuando la persona logra llegar a su peso normal, surgen transformaciones en su autoestima y aumenta su confianza. Su manera de comer cambia a una manera más saludable, y hasta la relación con su familia y con las personas que los rodean mejora.

El desarrollo de patrones saludables de alimentación coloca a la persona en una situación donde se adquieren conductas que favorecen la ingesta de alimentos sanos y se rompen esos lazos afectivos con la comida.

Estrategias psicológicas, cambio de hábitos, ejercicio y la práctica se remarcen como imprescindibles para que un programa tenga éxito a lo largo del tiempo. Así como fomentar y perfeccionar esta propuesta a medida que se va modificando la estructura de la medicina, psicología y otras áreas en las que se interviene, éste es el nuevo reto que se enfrenta para siempre estar contextualizados en un marco social unificado.

Difundir esta propuesta logrará colaborar con aquellos profesionales de la salud que se relacionan con esta problemática, proporcionar las maneras de afrontar esta situación y dejar atrás hábitos alimenticios que no benefician a la salud.

REFERENCIAS

Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (2003). OBESIDAD: UN DESAFÍO PENDIENTE. Santiago de Chile: Universitaria. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=8798987965&pid=S0034-

Amigo I. & Fernández C. (2013) EL PAPEL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. Vol. 34(1), pp. 49-56 Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es>

Ayela, M. (2009). OBESIDAD: PROBLEMAS Y SOLUCIONES. España: Universitario Recuperado de: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sckjkrfj897098&pid=S0034->

Carvajal V. (2006) RAÍCES Y FRUTOS. *EXPERIENCIAS DE NIÑAS Y NIÑOS EN EL COMEDOR ESCOLAR*. Congreso estatal de investigación educativa. <http://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/ninasyninoscomedor>

Danielle, E. (2006). OBESIDAD INFANTIL. Buenos Aires: Grupo Imaginador. Recuperado de: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista168/6_168.

García, H., Rodríguez, B., & De Cos, A. (2010). MOTIVACIÓN Y ADHESIÓN A TRATAMIENTOS. ABORDAJE INTEGRAL EN LA CONSULTA HOSPITALARIA DE OBESIDAD. *Revista Española de Obesidad*. 8(002), 89-92. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5769584&pid=S0034-

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

Hernández E, & Grau J,. (2005). PSICOLOGÍA DE LA SALUD. Fundamentos y Aplicaciones. Universidad de Guadalajara, Recuperado de: www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pd

Ingaramo, R., Vita, N., Bendersky, K. & Arnodlt M. (2005) ESTUDIO NACIONAL SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (ENSAT). Revista Federal de Cardiología. Recuperado de <http://www.revFedCardiol.com/2005-200.59.99.13>

Jiménez, M. (2004). EL ROL DE LOS PADRES: ALIMENTANDO A LA FAMILIA. FORMACIÓN, DESARROLLO E INSTITUCIONALIZACIÓN. Granada, Editorial Universidad de Granada (Tesis doctoral publicada en CD-ROM).

López A. & González L. (Abril-Junio 2001) ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 9, No. 2. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012g.pdf>

Martin L. & Granados J. (2005) LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA COMO UN PROBLEMA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD. Recuperado de: www.uv.mx/psicysalud/psicysalud_14_1/14_1/LMartín.html

Meneses, J. (2008). TÉCNICAS CONVERSACIONALES PARA LA BUENA ALIMENTACIÓN. Trillas: México

Molinar, P. (2007). VIDA COTIDIANA Y SALUD EN MUJERES DEL ESTADO DE MÉXICO. Preparada para su presentación en la reunión de La Asociación Estudios América Latina: México. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/kdijow/dlo.x_diok79

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

Moreno, B., Monereo, S., & Álvarez, J. (2004). LA OBESIDAD EN EL TERCER MILENIO. Madrid: Médica panamericana. Recuperado de: <http://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4162/La-Obesidad-en-el-Tercer-Milenio.html>

Organización Mundial de la Salud (2012)
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Peralta, M. & Carbajal, P. (Sep-Dic 2008). ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. Revista Cent Dermatol Pascua. 17(003), 84-88. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>

Pérez, M. (2010) TRANSFORMANDO AL PACIENTE OBESO. Psicología y Salud. Vol. 21, Núm. 1: 119-124. Recuperado de: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/pereztransf6r0.pdf>

Pompa, E., Montoya, F. (enero-junio de 2011). EVALUACIÓN DE LA MANIFESTACIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN UN CAMPO DE VERANO. Psicología y la obesidad. Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 9, No. 2 pp 91-96. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>

Rodríguez, G., Gil, F., García, J. (2009). EL PACIENTE Y LA ADHESIÓN. México: Ediciones Aljibe

Rodríguez M. (2001) PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD. Madrid: Pirámide.

Silvestri, E. & Stavile, A. (2005) ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD: IMPORTANCIA DE SU IDENTIFICACIÓN Y ABORDAJE DENTRO DE UN ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO. Tesis de Posgrado en

Adherencia al Tratamiento en Pacientes Obesos

Obesidad a Distancia- Universidad Favaloro, Recuperado de
<http://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/ob05-02.pdf>

Torres, L., Garrido, A., Reyes L. & Ortega, P. (2008). EL TRATAMIENTO PARA LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA. Enseñanza e investigación en psicología, 13, 77-89. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-4662004000400008

Vázquez V. (2004). ¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y FAMILIARES DEL PACIENTE OBESO?. Revista de Endocrinología y Nutrición, No. 4 Supl. 3. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043m.pdf>

Vera, J., Peña, M. Calderón, N. (2010). ADHERENCIA TERAPÉUTICA: OTRO ENFOQUE, 17(Especial), Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo México. Recuperado de:
www.uv.mx/psicysalud/psicysalud_14_1/14_1/Lverapecal.htm

Villa A., Escobedo M. & Méndez N. (2004). ESTIMACIÓN Y PROYECCIÓN DE LA PREVALENCIA DE OBESIDAD EN MÉXICO A TRAVÉS DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES ASOCIADAS. Gaceta de México No. 2 Vol.140. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042c.pdf>

Villarreal T., Garza T., Gutiérrez R., Méndez E. & Ramírez J. (2012). INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD. Atención Familiar 2012;19(4). Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2012/af124d.pdf>