



## Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 20 No. 4

Diciembre de 2017

# CREENCIAS SOBRE TRATAMIENTO, APARIENCIA FÍSICA, ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN, EN PACIENTES OBESOS VENEZOLANOS

Yenirellys González Llamozas<sup>1</sup>, Carlos Figueira Correia<sup>2</sup> y Zoraide Lugli Rivero<sup>3</sup>  
Universidad Central de Venezuela, Venezuela.

### RESUMEN

Diversos estudios establecen que las creencias que posee el individuo obeso pueden ser determinantes en el éxito o no de cualquier tratamiento. Sin embargo, es escasa la información sobre este tema, por lo que se planteó la siguiente interrogante: ¿cuáles son las creencias asociadas a la escogencia del tratamiento, alimentación, actividad física y apariencia física de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica en comparación con las creencias de pacientes que deciden no operarse? En el estudio participaron 20 personas de sexo femenino, diagnosticadas con obesidad. Como parte de los resultados, se pudieron identificar varias creencias asociadas a la concepción de la obesidad, sus causas y consecuencias, la percepción de los tratamientos, entre otros temas. Estas creencias se clasificaron, para finalmente establecer diferencias y semejanzas entre los grupos. Se encontraron similitudes relacionadas con las creencias acerca de la concepción de la obesidad, los tratamientos y el por qué acudir a los mismos. Con respecto a las diferencias, el grupo que se somete a otros tratamientos, piensa que la obesidad puede ser solucionada mediante dietas y ejercicios, al contrario, el grupo

<sup>1</sup> Magíster en Atención Temprana. Psicóloga. Escuela Pública Nº 206 "Alberto Alves". Correo electrónico: [ygpsicologia26@gmail.com](mailto:ygpsicologia26@gmail.com)

<sup>2</sup> Especialista en Atención Psicoeducativa del Autismo. Psicólogo. Centro Terapéutico de Neurodesarrollo. Correo electrónico: [charlesxyc@gmail.com](mailto:charlesxyc@gmail.com)

<sup>3</sup> Magíster en Psicología de la Salud. Profesora Titular. Universidad Simón Bolívar / Universidad Central de Venezuela. Correo electrónico: [zlugli@usb.ve](mailto:zlugli@usb.ve)

que se someterá a cirugía bariátrica, observa este procedimiento como la única solución.

**Palabras clave:** Actividad Física, Alimentación, Apariencia Física, Cirugía Bariátrica, Creencias, Obesidad, Tratamiento.

## Beliefs about treatment, physical appearance, physical activity and diet in obese Venezuelan patients

### ABSTRACT

Several studies establish that beliefs from obese individuals can be determinant in the success or not of any treatment. However, the information on this subject is limited, so the following question was raised: what are the beliefs associated with choice of treatment, diet, physical activity and physical appearance of obese patients candidates for bariatric surgery compared to the beliefs of patients who decide not to have the surgery? The study involved 20 female people, diagnosed with obesity. As part of the results, it was possible to identify several beliefs associated to the conception of obesity, its causes and consequences, the perception of the treatments, among others. These beliefs were classified, to finally establish differences and similarities between the groups. Similarities were found related to the beliefs about the conception of obesity, the treatments and why to take them. About the differences, the group that undergoes other treatments, thinks that obesity can be solved through diets and exercises, on the contrary, the group that will have bariatric surgery, observes this procedure as the only solution.

**Key words:** Bariatric Surgery, Beliefs, Diet, Obesity, Physical Activity, Physical Appearance, Treatment.

De acuerdo al más reciente ranking de obesidad hecho por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ramones (2012), establece que Venezuela es el vigésimo cuarto país con más obesidad del mundo y el primer país con más obesidad en Latinoamérica, al ubicar en 65,2% a la población venezolana mayor de quince años con sobrepeso, donde las mujeres tienen mayor incidencia. Por su parte, el Instituto Nacional de Nutrición (INN) estableció que el 38% de la población venezolana de 7 a 40 años de edad padece de obesidad y sobrepeso (Ramones, 2012).

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), destaca que en el 2008, 1400 millones de adultos (de 20 años en adelante) tenían sobrepeso y en el 2010 alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años presentaban esta condición. De esta manera, la OMS (2012), establece que el sobrepeso y la

obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo, lo que se evidencia en el hecho de que cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad, siendo así un área relevante para investigar, por su incidencia en el mundo y especialmente en Venezuela.

La obesidad en la actualidad es la enfermedad metabólica más frecuente en el mundo occidental y se asocia a numerosas complicaciones médicas, psicosociales y a un evidente deterioro en la calidad de vida (Bretón, Zugasti y García, 2012). La importancia de la prevalencia de la obesidad está aumentando de un modo alarmante, incluso en países en vías de desarrollo, constituyendo un problema emergente como consecuencia de los cambios acelerados en el modo de vida en algunos sectores de la población (Bretón, Zugasti y García, 2012). Por esto, se hace necesario la implementación de estrategias para prevenir a todo nivel y tratar esta enfermedad (Sánchez, Pichardo y López, 2004).

El tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario, involucrando a médicos, nutricionistas, fisiatras, psicólogos y cirujanos. Por esto, para la intervención de la obesidad generalmente se utilizan planes de alimentación hipocalóricos en conjunto con la actividad física, el tratamiento farmacológico y psicológico. Sin embargo, Ocón, Pérez, Gimeno, Benito y García (2009), indican que los pacientes con obesidad mórbida que no han sido capaces de alcanzar una aceptable pérdida de peso a lo largo de la terapia convencional, se les recomienda realizar el tratamiento quirúrgico, ya que, por lo general, la cirugía bariátrica ofrece unos resultados muy superiores al tratamiento médico convencional en cuanto a la pérdida de peso, disminución o curación de las comorbilidades y mejoría en la calidad de vida.

En este orden de ideas, Saarni, Anttila, Saarni, Mustajoki, Koivukangas, Ikonen y Malmivaara (2011), señalan que si bien la cirugía bariátrica es un tratamiento eficaz de la obesidad mórbida, no elimina las causas sociales ni psicológicas de la obesidad. Es por tanto importante evaluar las actitudes que tienen las personas obesas, ya que éstas son determinantes, debido a que serán las mismas actitudes que tendrán cuando se sometan a la cirugía bariátrica, independientemente de su

eficacia como tratamiento para la enfermedad. En este sentido, Jiménez (2007), afirma que muchos pacientes poseen creencias erróneas asociadas a la cirugía bariátrica y en muchos casos acceden a someterse a la cirugía con la esperanza milagrosa de que los resultados serán perfectos, pudiéndose generar depresión y ansiedad porque la cantidad de peso perdida no era la esperada, bien porque luego de algún tiempo hay aumento nuevamente de peso (si no se modifican los hábitos alimentarios) o por encontrar que su vida no mejora automáticamente luego de someterse a la cirugía.

Por otra parte, existen pacientes obesos que no tienen el deseo de someterse a un tratamiento quirúrgico y generalmente se deciden a recibir el tratamiento farmacológico, a realizar dietas (acompañadas de ejercicio físico) y en ocasiones escogen la terapia psicológica como otra opción. Un estudio realizado por Marney et al. (citado en Fernández, 2009), estableció que pacientes que siguen un tratamiento cognoscitivo conductual y farmacológico se plantean unas metas con respecto a la pérdida de peso poco realistas en relación a lo que luego obtienen a lo largo del tratamiento. Con todo esto, puede observarse cómo las metas no realistas están presentes en tratamientos de pérdida de peso, aún en pacientes obesos que no desean someterse a cirugía.

García, Llata, Kaufer, Tusié, Calzada, Vázquez y Sotelo (2008), recalcan que, en los pacientes con obesidad el tratamiento no produce sensaciones de beneficio evidente, porque contrastan con las grandes expectativas que suelen tener (ya que la pérdida de peso lograda dista de ser la deseada). Márquez, Armendáriz, Bacardí y Jiménez (2008), establecen que el éxito en la pérdida de peso y su mantenimiento parecen estar relacionados con la modificación de las expectativas de los pacientes a unas más realistas, en donde se recomienda la aceptación de las pérdidas moderadas de peso, con el conocimiento de los límites biológicos para ésta pérdida.

Lo mencionado anteriormente sugiere que la relevancia en la evaluación de las creencias de las personas obesas candidatas a cirugía bariátrica y de las personas obesas que deciden realizar otros tratamientos, radica en que éstas pueden ser moduladoras en el éxito o no de cualquier tratamiento. Por estas

razones, es imperante tomar en consideración los motivos que los pacientes obesos poseen para bajar de peso, pues éstos podrían ser los que dirijan su comportamiento en la línea de realizar cambios en sus estilos de vida. Debido a todo esto, en esta investigación se identifican y describen las creencias asociadas a la escogencia del tratamiento, la apariencia física, la actividad física y la alimentación en personas obesas candidatas a cirugía bariátrica y en personas obesas que se someten a otros tratamientos, ya que éstos son factores necesarios de entender por la repercusión que pueden tener en la emisión de conductas saludables futuras por parte de los pacientes obesos.

## MÉTODO

Esta investigación fue descriptiva y no experimental, ya que, las primeras aproximaciones al estudio de las creencias han sido muy vagas y no se han logrado especificar cuáles son. Además, no se manipularon variables, observándose el fenómeno tal y como se da en su contexto natural.

### *Participantes.*

Los participantes de la investigación fueron 20 pacientes del Hospital Clínico de la Universidad Central de Venezuela (10 que se someterán a cirugía bariátrica y 10 que realizan otros tratamientos, específicamente dieta, actividad física o ambos), de sexo femenino y con edades comprendidas entre 14 y 65 años.

### *Instrumentos.*

Para la realización de este estudio se utilizó la entrevista semiestructurada, la cual fue creada por los investigadores y avalada por expertos. El instrumento posee preguntas de cada dimensión (general, escogencia del tratamiento, apariencia física, actividad física, alimentación y cirugía bariátrica), las cuales fueron realizadas a los participantes de ambos grupos.

*Procedimiento.**Etapas preliminar.*

- 1) Diseño de la entrevista semi-estructurada: Se realizó el diseño y construcción de la entrevista semiestructurada que se utilizó en la recolección de la información.
- 2) Entrevista con los especialistas (validación de expertos): El principal objetivo del juicio de expertos fue analizar y mejorar la validez de contenido de la entrevista. Para eso se contó con las valoraciones y aportaciones de seis expertos en el contenido de la entrevista (cinco Psicólogos y un Psiquiatra), acerca de las creencias asociadas con la apariencia física, actividad física, alimentación y escogencia del tratamiento.

*Etapas de aplicación.*

- 1) Realización de las entrevistas: Las entrevistas fueron realizadas en el Hospital Clínico Universitario de la Universidad Central de Venezuela, específicamente en la sala de espera de la Unidad de Cirugía Bariátrica y Metabólica (Unibaros). Las entrevistas para los pacientes que se someten a otros tratamientos se llevaron a cabo en la Unidad de Nutrición y Dietética del mismo Hospital.

*Etapas de análisis.*

- 1) Análisis de contenido y evaluación de los resultados: En esta fase se procedió a la realización del análisis del contenido obtenido a partir de las entrevistas. Luego de codificadas las entrevistas, se procedió a establecer los temas con sus respectivas categorías y subcategorías. Se realizó la descripción de cada concepto obtenido y se definieron las creencias para cada definición surgida en el análisis, las cuales posteriormente fueron clasificadas en descriptivas, informativas e inferenciales. Asimismo, se realizó un conteo de frecuencias de cada creencia para observar cuáles fueron las más mencionadas por los participantes (expresado en porcentajes). Por último, se realizaron las comparaciones entre los dos grupos destacando sus posibles semejanzas y diferencias.

Hay que destacar que en la sistematización de los datos, cada investigador realizó su análisis de forma, y posteriormente se contrastaron las unidades de análisis y se verificó la coincidencia entre investigadores. Se acordó elegir como válidas las unidades en donde hubo coincidencia de análisis entre los investigadores.

## RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en dos apartados: 1) El instrumento resultante del juicio o revisión de los expertos en el área y 2) El análisis y descripción de los resultados obtenidos a partir de las entrevistas llevadas a cabo (análisis cuantitativo y cualitativo).

### *Validación de contenido (Juicio de expertos).*

Todos los expertos que participaron en la investigación realizaron una revisión exhaustiva de cada pregunta correspondiente a su dimensión o categoría. A partir de las revisiones realizadas por estos profesionales, se originó una entrevista válida para identificar las creencias asociadas a la escogencia del tratamiento, apariencia física, actividad física y alimentación, en ambos grupos.

Ello se sustenta en un Índice de Validez de Contenido (IVC) obtenido, el cual fue de 0,904/1. El instrumento de validación incluye subcategorías tales como: pertinencia a la categoría (de la pregunta para la categoría propuesta), utilidad para identificar creencias y redacción.

En aquellas preguntas donde no hubo acuerdos entre los expertos, se consideraron aspectos como el orden de las preguntas, pertinencia a la categoría, su posible utilidad en la identificación de las creencias y eliminación de las preguntas poco pertinentes.

### *Análisis de contenido.*

Las Tablas 1 y 2 presentadas a continuación, contienen cinco temas, obtenidos tras el análisis de las entrevistas (La Obesidad, Apariencia Física, Concepción de los Tratamientos, Factores de Inicio y Mantenimiento del Tratamiento y La Comida), con sus respectivas categorías y subcategorías establecidas por los

investigadores posterior al análisis de contenido. Tanto los temas, como las categorías y subcategorías presentan conceptualizaciones, realizadas a partir de los verbatums de los entrevistados.

Este análisis fue realizado para ambos grupos: los pacientes que se van a someter a cirugía bariátrica, así como los pacientes que se someten a otros tratamientos (dieta, ejercicios, terapia psicológica, fármacos).

*Pacientes que se someten a otros tratamientos.*

Tema 1	Categorías	Subcategorías
La Obesidad	Concepción de la obesidad	-
	Causas de la obesidad	Condiciones de Salud
		Factores Hereditarios
		Historia de Aprendizaje
		Alimentación
		Ansiedad
		Locus de Control Interno
		Fuerza de Voluntad
		Sedentarismo
		Otras Causas
	Inmediatismo	
	Consecuencias de la obesidad	Condiciones de Salud
		Limitaciones Físicas
Tema 2	Categorías	
Apariencia Física	Percepción de sí mismo	
	Percepción social	
	Zonas importantes del cuerpo	
	¿La apariencia influye?	
Tema 3	Categorías	
Concepción de los Tratamientos	Locus de control interno	
	Cirugía bariátrica	
	Dieta	
	Ejercicios	
	Terapia Psicológica	
	Dependencia para realizar el tratamiento	
Tema 4	Categorías	Subcategorías
Factores de Inicio y Mantenimiento del Tratamiento	Motivación	Personal
		Apoyo Social
		Expectativas
		Razones por las cuales iniciar un tratamiento
Tema 5	Categorías	



La Comida	Significación de la comida
	La comida y sus emociones
	Culpabilidad por la comida
	Momentos

Tabla 1. *Cuadro Análisis de Contenido: Pacientes que se someten a otros tratamientos.*

En la categoría referente a la obesidad, se observaron creencias asociadas a sus causas, las cuales estuvieron relacionadas con la alimentación (23,48%) *“Comer en mucha cantidad, comer en la calle y saltarse las comidas produce obesidad”*, la ansiedad (14,78%) *“La ansiedad produce ganas de comer”* (siendo un factor clave, ya que se infiere que la comida es utilizada como un reforzador negativo para escapar de los problemas) y el sedentarismo (9,57%) *“El sedentarismo produce obesidad”*. Asimismo, se incluyeron dentro de este grupo las condiciones de salud (embarazo, cambio de metabolismo), enfermedades y operaciones por las que han pasado, factores hereditarios o genéticos, la enseñanza en el hogar de hábitos alimentarios incorrectos, y la normalización de la obesidad en la familia. Con respecto a la concepción de la obesidad la mayoría de los entrevistados opinó que es una enfermedad perjudicial para su salud. Finalmente con relación a las consecuencias, estas personas comentaron sobre todo las malas condiciones de salud y sus limitaciones a nivel físico.

En cuanto a la apariencia física los entrevistados refieren creencias asociadas a la percepción social (40%) *“Las personas nos desprecian ya que solo piensan mal de nosotros”* y a la percepción de sí mismo (32%) *“A una persona con obesidad nada le queda bien”*, como los aspectos más importantes de la apariencia física. Aquí se observa una clara referencia por parte de los pacientes, asociado a un rechazo de la sociedad ya que consideran además que las personas tienen poca empatía para la comprensión de su condición de obesidad, en donde enfatizan que sus virtudes se ven opacadas por su condición.

Por otro lado encontramos la categoría de concepción de los tratamientos, en donde se reportaron creencias asociadas al ejercicio (29,2%) *“Hacer ejercicio implica mucho tiempo y dejar de hacer otras cosas”* y asociadas a la cirugía bariátrica y dieta (24,78%) *“La cirugía es un método que no vale la pena, porque*

*las personas pueden rebajar con otros tratamientos” y “La dieta es un trabajo en donde se deben reducir las comidas que nos gustan”.* Los entrevistados afirman que la cirugía bariátrica debe considerarse como última opción ya que opciones como la dieta y ejercicio son suficientes para garantizar la pérdida de peso. Aquí también se pudo observar que si bien los pacientes consideran que es necesario un plan alimenticio, creen que es fastidioso porque dejan de comer alimentos que son de su agrado. De igual forma ocurre con el pensamiento con respecto a los ejercicios, ya que requiere tiempo adicional en la jornada de una persona para poderlos llevar a cabo y que, dada su rutina, se hace complicado.

Con respecto a categoría de los factores de inicio y mantenimiento del tratamiento, se identificaron diversas creencias asociadas a la motivación (57,75%) *“El perder peso me hará tener mejorías en mi salud y en mis condiciones físicas”*. También se observaron creencias asociadas a las expectativas (12,68%), *“Perder peso me permitirá cumplir mis sueños, estar tranquila y tener una vida”*. La motivación para mejorar su salud, su autoestima y sus condiciones físicas son vitales para iniciar o mantenerse en un tratamiento. Sin embargo hay expectativas asociadas como: ser una persona normal, cumplir sus sueños y mejorar inmediatamente su salud, que en la mayoría de los casos son expectativas poco realistas.

Finalmente, en los pacientes que se someten a otros tratamientos, encontramos creencias asociadas a la comida, en tres aspectos: Significación de la comida (31,03%) *“La comida es una satisfacción, un placer, un alivio para el hambre”*, La comida y sus emociones (27,59%) *“Comer te ayuda a sentirte bien y a olvidar los problemas”* y culpabilidad por la comida (24,14%), *“Me da remordimiento de conciencia comer algo que no debo”*. Aquí se pudo identificar que en muchos casos existe sensación de culpa por la comida ingerida, sin embargo esto no parece ser un factor que sea generador del cambio, ya que la comida tiene una significación muy reforzante para la persona, *“es un placer, una satisfacción”*.

*Pacientes que se someterán a cirugía bariátrica.*

Tema 1	Categorías	Subcategorías	
La Obesidad	Concepción de la obesidad	-	
	Causas de la obesidad	Condiciones de Salud	
		Factores Hereditarios	
		Historia de Aprendizaje	
		Alimentación	
	Causas de la obesidad	Factores Psicológicos	Ansiedad
			Locus de Control Interno
			Estrés
			Fuerza de voluntad
	La Obesidad	Otras Causas	Sedentarismo
		Abandono del tratamiento	
Consecuencias de la obesidad		Condiciones de Salud	
		Problemas Sexuales	
	Sociales		
	Factores Psicológicos		
	Limitaciones Físicas		
Tema 2	Categorías		
Apariencia Física	Percepción de sí mismo		
	Percepción social		
	Zonas importantes del cuerpo		
Tema 3	Categorías		
Concepción de los Tratamientos	Aspectos psicológicos		
	Prevención		
	Cirugía bariátrica		
	Dieta		
	Ejercicios		
	Terapia psicológica		
	Farmacología		
	Excusas para realizar el tratamiento		
	Dependencia para realizar el tratamiento		
Tema 4	Categorías	Subcategorías	
Factores de Inicio y Mantenimiento del Tratamiento	Motivación	Personal	
		Apoyo Social	
	Influencia social	Expectativas	
		Razones por las cuales iniciar un tratamiento	
Tema 5	Categorías		
La Comida	Significación de la comida		
	La comida y sus emociones		
	Culpabilidad por la comida		
	Momentos		

Tabla 2. Cuadro Análisis de Contenido: Pacientes que se someterán a cirugía bariátrica.

En los pacientes que se encuentran en protocolo de ingreso a cirugía bariátrica, se identificaron las siguientes creencias:

En cuanto a la categoría obesidad, se encontraron temas centrales como la alimentación (32,82%) *“Los alimentos sabrosos y que nos hacen mal son los que tienen alto contenido de grasa, azúcar y harinas”* y ansiedad como factor psicológico (10,26%) *“La ansiedad es incontrolable y se calma cuando se come en mucha cantidad”*, fueron aspectos similares que se encontraron en ambos grupos. Otro tema relevante, fue la historia de aprendizaje (8,21%), referido a los hábitos aprendidos en casa durante la infancia *“Después que uno se acostumbra a comer ciertos alimentos en grandes cantidades, cambiarlo es muy difícil”*, considerándolos como relevantes a la hora de explicar la causa de su obesidad actual.

En segundo lugar encontramos el tema de apariencia física, en donde se establecieron creencias asociadas a la percepción social (52,11%) *“A las personas gordas se les ve la ropa fea, mientras que a las flacas se les ve bien”* y percepción de sí mismo (35,21%), *“Las personas nos critican, nos discriminan y nos excluyen por ser obesas”*. Estos pacientes refieren que lo primero que observa la sociedad es su apariencia y que a partir de esa primera impresión se generan juicios sobre su forma de ser, lo que produce dificultad en su inserción en la sociedad y por ende inhibición en sus interacciones sociales.

En tercer lugar, en la categoría de concepción de los tratamientos, se observó que la mayoría de las creencias estaban relacionadas con la cirugía bariátrica (24,02%) *“Con la cirugía vamos a comer en las mismas cantidades, solo que no va ser igual”*. Por otro lado con respecto a la dieta (22,35%), *“La dieta es un sacrificio que solo funciona a largo plazo”*. Se pudo identificar que muchos de los participantes tienen creencias asociadas a la evitación de la ejecución de algún tratamiento específico *“No se tiene el tiempo para hacer ejercicio, ni para hacer dietas”*. Se destaca también que los tratamientos alternativos a la cirugía bariátrica, ya perdieron efecto en ellos y que sólo conseguirán disminuir de peso a través de algún método quirúrgico.

En cuanto a categoría de los factores de inicio y mantenimiento del tratamiento, encontramos que las creencias asociadas a este tema se refieren principalmente a la motivación personal (41,59%) *“Me motiva tener mejor salud, mejor calidad de vida”*. Por otro lado la categoría expectativas (25,66%) *“Cuando baje de peso, mis relaciones afectivas mejorarán”*, incluía creencias asociadas consecuencias secundarias que no están directamente relacionadas con la pérdida de peso, tales como mejoramiento de relaciones afectivas, cumplimiento de sueños y metas, etc. Finalmente con respecto al tema de la comida, se identificaron creencias con respecto a la significación de la comida (33,33%) *“La comida es un gusto, un placer, la vida, significa todo”*, culpabilidad por la comida (30%) *“Después que se come lo que no se debe, se produce un remordimiento de conciencia”* y momentos (23,33%) *“La comida es un elemento clave en las reuniones familiares”*. Estos pacientes manifestaron que la comida forma parte de un ritual y que ésta se encuentra muy presente en sus vidas, bien sea a nivel familiar, laboral o con sus amistades. Al igual que en el grupo de otros tratamientos, la comida funciona como escape de una emoción negativa.

En otro orden de ideas, diversos autores (Cooper, 2002; Morales, 2000) proponen que existe entre las creencias diversos subtipos de acuerdo a su origen y que se pueden clasificar como informativas, descriptivas e inferenciales. Esta clasificación nos permite conocer cuáles de ellas se encuentran más arraigadas en el individuo y tienen mayor poder en la conducta. En este sentido la modificación de alguna de ellas serán más o menos fáciles, de acuerdo al tipo al que pertenezcan. Por esto, se decidió clasificar las creencias encontradas para poder contribuir en el abordaje que debe realizarse de cada pensamiento, ya que serán moduladores de las interacciones del individuo:

#### *Clasificación de las creencias.*

##### *Creencias informativas.*

Las creencias informativas, son aquellas que se forman a partir de información recibida de medios de comunicación y personas de relevancia (Cooper, 2002). En este sentido se encontró que la mayoría de las creencias de este tipo tanto para el grupo de otros tratamientos, como para el grupo de cirugía bariátrica, están

relacionadas con los temas la obesidad “*Si no cambias los hábitos de alimentación y actividad física, la cirugía no va funcionar*”, concepción de los tratamientos “*aprender a comer es lo más importante para mantenerse y sentirse saludable*” y factores de inicio y mantenimiento del tratamiento “*Las enfermedades como la hipertensión nos impiden hacer actividad física*”. Se puede observar que estas creencias si bien forman parte del acervo cognitivo del paciente –y son en su mayoría de tipo adaptativas– no se encuentran suficientemente arraigadas en ellos (por haber sido adquiridas a través de terceros), teniendo una menor influencia sobre la conducta. Estas creencias son susceptibles de ser modificadas, y, en general, se corresponden con la realidad científica.

#### *Creencias descriptivas.*

Por otro lado las creencias descriptivas, son aquellas que se forman a partir de la observación directa y de la experiencia del individuo. Estas son conservadas con certeza máxima, ya que se encuentran validadas constantemente por la experiencia (Cooper, 2002). En este sentido y para ambos grupos, la mayoría de las creencias fueron catalogadas como descriptivas de tipo desadaptativas. El predominio de estas creencias se observó en los temas de la obesidad “*Las operaciones hace que la gente engorde*”, “*El embarazo hace comer mucho y por eso la gente engorda*” y en el tema de concepción de los tratamientos “*Es muy probable que se abandonen tratamientos estrictos y complicados*”, “*La dieta es un trabajo donde se debe reducir la comida que nos gusta*”.

Este tipo de creencias nos permite identificar que muchos de estos pacientes han generado creencias desadaptativas en su estructura de pensamiento, producto de experiencias negativas, bien sea con los diferentes tratamientos que han llevado a cabo (en su mayoría sin éxito), así como la relación que han tenido con la obesidad durante toda su vida, tanto en las prácticas de crianza que tuvieron, como en la concepción de la comida y su relación con ella.

#### *Creencias inferenciales.*

Las creencias de este tipo, como lo indica Cooper (2002), se encuentran más allá de la realidad observada, que se formulan con o sobre las creencias descriptivas y

se configuran por medio de relaciones previamente aprendidas e interpretaciones propias del individuo. En este sentido las creencias de este tipo se distribuyeron igualmente entre adaptativas y desadaptativas para el grupo de otros tratamientos, mientras que para el grupo de cirugía bariátrica, se observaron mayor cantidad de creencias desadaptativas. Aquí se destaca que la mayoría de estas creencias en los pacientes que se van a someter a cirugía bariátrica, se relacionan con expectativas en relación a lo que va ocurrir luego de someterse a la cirugía *“Cuando baje de peso, seré una persona más feliz”, “La cirugía puede eliminar enfermedades crónicas como la diabetes”, “La cirugía es el método más radical, efectivo y fácil de hacer”*.

Por otro lado, los pacientes que se someten a otros tratamientos, también poseen creencias desadaptativas con respecto a las expectativas al realizar alguno de estos tratamiento para la pérdida de peso, sin embargo consideran que no deben acudir al quirófano para lograrlo *“La cirugía es un método que no vale la pena, porque las personas pueden rebajar con otros tratamientos”*. A este respecto se pueden considerar que dichas creencias desadaptativas, se pueden constituir en un obstáculo en la adhesión posterior de los pacientes que se someten a cirugía ya que cuando no se cumplan dichas expectativas, probablemente se generarán frustraciones que se pueden asociar a recaídas en hábitos anteriores.

## DISCUSIÓN

Considerando que las creencias pueden ser identificadas tanto por su nivel en la adaptación del individuo, como por el origen de las mismas y su nivel de arraigo, es importante su clasificación en función de establecer cuáles son los aspectos más relevantes en el origen y mantenimiento de estas creencias en la vida de estos pacientes y como inciden en ellos.

Debido a que las creencias desadaptativas son las que representan un desafío en el camino de cualquier paciente que se va someter a tratamiento médico asociado a un trastorno alimentario, es necesario poner el foco en ellas y este debe estar orientado a puntos claves a trabajar en estos pacientes, tanto en los protocolos de evaluación como en los de intervención y mantenimiento.

En los pacientes que se van a someter a otros tratamientos se encontraron diversas creencias sobre las causas de la obesidad, en las que se mencionan: el embarazo, las operaciones y el cambio de metabolismo, a las que atribuyen gran parte de la causalidad de su obesidad. Es importante tener en cuenta que la obesidad es una enfermedad multicausal, por lo que no se puede atribuir a una sola de estas situaciones vitales la causalidad de la misma.

Por otro lado, con respecto a las creencias asociadas a la concepción de los tratamientos, se identificó que los pacientes asumen la dieta como un cambio temporal de hábitos, ya que una vez cumplidos los objetivos, podrán regresar a sus hábitos anteriores. Creencia que puede explicar la reincidencia de estos pacientes, que ven perdido diversos esfuerzos para la disminución de peso, incurriendo nuevamente en hábitos inadecuados.

Asimismo con respecto a las creencias asociadas a la comida, muchos de los pacientes que se someten a otros tratamientos asumen que ante situaciones específicas (reuniones familiares, reuniones de trabajo, viajes), es muy difícil evitar el contacto con la comida. Considerando que estos eventos forman parte constante de la rutina de la mayoría de los individuos, la comida es un elemento que se encuentra presente mas allá de las situaciones en las que se espera que esté (desayuno, almuerzo, cena y meriendas), siendo entonces muy difícil que la persona desvincule sus momentos vitales de la comida.

Finalmente los entrevistados en este grupo, identifican que la cirugía como tratamiento de la obesidad, es la última opción que se debe considerar y que muchos de los que adoptan este tratamiento lo asumen por facilidad y rapidez, otorgándole la connotación de inmediatez y facilidad a este tratamiento con respecto a otros más convencionales. Estos pacientes a diferencia de los que se van a someter a cirugía bariátrica, tienen confianza plena en que podrán perder peso, bien sea con dieta o realizando actividad física, mientras que los otros consideran que estos tratamientos ya no tienen efecto en ellos. Esto en gran parte debido a que los pacientes que se encuentran en protocolo de ingreso a cirugía, en su mayoría han pasado por muchos tratamientos anteriores sin éxito, además de poseer más peso en kilos, en comparación con los pacientes de otros



tratamientos, lo que puede explicar la pérdida de la esperanza en que los otros tratamientos tengan efecto.

Sin embargo, a pesar de que estos pacientes tienen diversas creencias desadaptativas, no se pueden dejar de lado los aspectos positivos que presentan y que pueden servir de ancla para la futura adhesión al tratamiento planteado por los especialistas. En este sentido los entrevistados mencionan que aspectos como el sedentarismo, los hábitos alimenticios inadecuados y la ansiedad son aspectos que deben ser manejados para que un programa de intervención en pacientes obesos tenga éxito. Otros pacientes reportan también la importancia de la terapia psicológica en el manejo de la ansiedad.

Otras creencias favorables de estos pacientes se asocian con los factores de inicio o mantenimiento del tratamiento, en donde asumen que la mejoría en su salud, en su estado físico y en su autoestima, son resultados de un exitoso plan de tratamiento para la disminución de peso. Es importante considerar que estas creencias si bien son positivas y adaptativas, deben manejarse y reforzarse simultáneamente con la modificación de las creencias desadaptativas, que permita un cambio cognitivo estructural más duradero.

Por otro lado en ambos grupos, se encontraron creencias desadaptativas con respecto a las causas de la obesidad, en las que el cambio hormonal y el embarazo fueron las más destacadas. También se identificaron creencias asociadas a la historia de aprendizaje, en donde afirman que el niño sano es el “gordito”, en tanto que la delgadez se asocia con la enfermedad. Con respecto a los hábitos alimenticios al igual que en el grupo de otros tratamientos, los pacientes manifestaron que cuando dejaban de consumir una de sus comidas, debían reponer la cantidad en la siguiente comida.

En cuanto a la concepción de los tratamientos, los entrevistados que se someterán a la cirugía bariátrica reportaron creencias distorsionadas con respecto a los tratamientos relacionados con la actividad física, alimentación y medicamentos. En este sentido dichos tratamientos son rechazados por diversas razones: ya lo han intentado en diversas ocasiones sin éxito, bien porque consideran que son tratamientos con efectos muy a largo plazo, o porque en su caso y debido al peso

que poseen ya no tendrán los resultados esperados. Así pues asumen que la única posibilidad que poseen es un método más radical, rápido, efectivo y con garantías de que los resultados se mantendrán a largo plazo, que en este caso particular se refiere a la cirugía bariátrica.

Al igual que el grupo de otros tratamientos, ambos grupos consideran que la dieta es un sacrificio en donde se deben eliminar los alimentos que más gustan, que estos cambios son temporales (se podrán retomar hábitos anteriores al lograr la meta) y que dicho sacrificio es a largo plazo, por lo que no vale la pena realizarlo.

Finalmente en estos pacientes y a diferencia del grupo de otros tratamientos, las expectativas en la mayoría de los casos son irreales y dificultan una futura adherencia al tratamiento de la cirugía. Los pacientes poseen creencias como “*ser más felices, mejorar relaciones interpersonales y ser personas normales*”, así pues hay una gran tendencia a la frustración debido a que dichas expectativas no tienen relación directa con la realidad de la cirugía, ya que este método se asocia con cambios específicos a nivel metabólico, pero en ningún caso implica cambios a nivel de habilidades sociales, manejo emocional o felicidad.

Aquí también destacan, los entrevistados, que hay diversos factores que ayudan a iniciar, o mantenerse un tratamiento particular, como lo es: evitar enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas). Sin embargo, mencionan que es muy complicado mantenerse en un tratamiento particular cuando estos son muy estrictos o complejos a la hora de su ejecución.

Se pudo verificar que existen similitudes y diferencias entre los dos grupos estudiados. En primer lugar, pudo observarse que ambos grupos en su mayoría tienen creencias de tipo informativas adaptativas con respecto a la concepción de la obesidad, de los tratamientos y las razones del por qué acudir a los mismos. Por otro lado, se encontraron diferencias con respecto a la concepción de los tratamientos en cuanto a que los pacientes que acuden a otros tratamientos confían en que la dieta y los ejercicios, a pesar de ciertas distorsiones, son efectivos en la solución del problema de obesidad. Sin embargo, los pacientes que acudirán a la cirugía bariátrica tienen la creencia que otros tratamientos tienen mayor sentido posterior a la cirugía.

Los pacientes que se someterán a la cirugía bariátrica, manifestaron creencias en las que se observan expectativas con respecto a cambios futuros posterior a la cirugía que en muchos casos son irreales, las cuales se relacionan con cambios a nivel emocional, a nivel de pareja o de habilidades sociales. Por su parte, algunos participantes que se someten a otros tratamientos desconocen el procedimiento, y los que lo conocen lo descartan por considerar que es un método muy radical y que el cambio en la reducción de peso debe depender únicamente de la persona.

Otro aspecto en el que los pacientes de ambos grupos tienen similitudes, es en las expectativas que poseen con respecto a lo que va ocurrir si el tratamiento tiene éxito, bien sea con la cirugía o con la ejecución de algún otro tratamiento, pues presumen cambios en sus vidas como el regreso a la normalidad, la felicidad o la aceptación de la sociedad. Todo esto sería producto de los cambios en la reducción de peso, lo cual tiene que ver con una mejoría en la apariencia física y en las condiciones de salud, aspectos que no se relacionan directamente con la pérdida de peso, ya que dependen de otras variables internas del individuo.

Es importante entonces considerar cuáles son las creencias al respecto de los pacientes que se someten al tratamiento de la cirugía bariátrica que en muchos casos es vista como un procedimiento milagroso, en donde muy pocos son capaces de identificar cuáles son los riesgos o consecuencias que trae. Por otro lado, los hábitos alimenticios se siguen viendo como un cambio que se debe hacer hasta que se logren los objetivos, razón por la cual hay constantes reincidencias de estos pacientes en incremento de peso. Por último, las expectativas irreales que ambos grupos poseen son fundamentales para el éxito en el mantenimiento de los objetivos a largo plazo, porque el cambio no solo depende de los aspectos físicos, hay cambios a nivel psicológico que deben realizarse. Considerando los elementos antes mencionados, las probabilidades de éxito tanto en los procedimientos convencionales como en la cirugía bariátrica, podría aumentar.

Finalmente deben ser temas recurrentes en investigaciones futuras, aspectos como la conceptualización y operacionalización de las creencias en obesidad como variable de estudio. Aunque diversos autores han hecho esfuerzos para definir esta variable, en muchos casos la conceptualización es ambigua y dificulta

la diferenciación con definiciones similares como información y conocimiento. También se sugiere incluir, en investigaciones similares, participantes del sexo masculino, con la finalidad de identificar si existen diferencias en las creencias para sujetos del sexo femenino con respecto al masculino.

Asimismo, se podría considerar a participantes que se estén sometiendo a otros tratamientos poco considerados en dicha investigación como el farmacológico, psicológico y lograr con ello identificar creencias con respecto a estos tratamientos y los efectos de estos en las creencias, en comparación con los aquí estudiados. Aunado a esto, se considera importante incluir variables socioeconómicas para observar de qué manera modulan las creencias de los pacientes obesos y en consecuencia su comportamiento. Otras variables a destacar, en futuros estudios, pueden ser las expectativas irreales, la apariencia física y la imagen corporal, en el desarrollo de creencias con respecto a la cirugía bariátrica en comparación con otros tratamientos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bretón, I., Zugasti, A. y García, P. (2012). *Obesidad. Tratamiento quirúrgico: Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo*. Buenos Aires: Díaz de Santos.
- Cooper, J. (2002). *Psicología social*. México: International Thomson Editores.
- Fernández, R. (2009). *Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso*. (Tesis doctoral sin publicar). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- García, E., De la Lata, M., Kaufer, M., Tusié, M., Calzada, R., Vázquez, V., ... Sotelo, J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública de México*, 50(6), 530-547. Recuperado de [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003636342008000600015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003636342008000600015&script=sci_arttext)
- Jiménez, S. (2007). Control de la obesidad: Vida después de la cirugía bariátrica. *Carta de la Salud*, 129(1), 1-4. Recuperado de

[http://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca\\_digital/bitstream/item/4563/1/129\\_control\\_obesidad.pdf](http://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/item/4563/1/129_control_obesidad.pdf)

Márquez, B., Armendáriz, A., Bacardí, M. y Jiménez, A. (2008). Revisión de ensayos clínicos controlados mediante cambios en el comportamiento para el tratamiento de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 23(1), 1-5. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n1/revision.pdf>

Morales, C. (2000). *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.

Ocón, J., Pérez, S., Gimeno, S., Benito, P. y García, R. (2009). Eficacia y complicaciones de la cirugía bariátrica en el tratamiento de la obesidad mórbida. *Nutrición Hospitalaria*, 1(6), 409-414. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v20n6/original7.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

Ramones, M. (2012). *Venezuela es el país con más obesos y muertes por traumatismos en Latinoamérica*. Recuperado de [http://www.panorama.com.ve/portal/app/vista/detalle\\_noticia.php?id=19554](http://www.panorama.com.ve/portal/app/vista/detalle_noticia.php?id=19554)

Saarni, S., Anttila, H., Saarni, S., Mustajoki, P., Koivukangas, V., Ikonen, T. y Malmivaara, A. (2011). Ethical issues of obesity surgery-a health technology assessment. *Obesity Surgery*, 21(9), 1469-1476. Recuperado de <http://www.springerlink.com/content/479w314814007765/>

Sánchez, C., Pichardo, E. y López, P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Mediagráfica*, 140(2), 3-20. Recuperado de <http://new.mediagraphic.com>