

¹José Luis Jiménez-López,
¹María Elena Maldonado-Guzmán,
¹Leticia Flores-Pérez Pastén,
²Eduardo Déciga-García

Motivos para bajar de peso

¿Por qué asistir a un programa de apoyo?

¹Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

²Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos

Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Comunicación con: José Luis Jiménez-López

Tel: (55) 5724 5900, extensión 24050

Correo electrónico: jimenezpsi@hotmail.com

Resumen

Introducción: la obesidad era considerada un problema de salud de países desarrollados, sin embargo, en décadas recientes, su incidencia se ha incrementado en países de ingresos bajos y medios. Esto ha puesto en duda la eficacia de los programas preventivos y curativos, por ello actualmente el estudio de este fenómeno incluye los motivos psicológicos que influyen en la respuesta a medidas orientadas hacia el control del peso. El objetivo de este estudio consistió en explorar las motivaciones de pacientes incluidos en un programa de reducción de peso, por medio del uso de la metodología cualitativa, que permite el análisis de las experiencias.

Métodos: el grupo de enfoque incluyó 10 pacientes, con un investigador como observador activo, y se realizó en 12 sesiones semanales. Se identificaron motivaciones relativas a la apariencia física que favorecían el éxito del programa, y expectativas poco realistas que favorecían el fracaso.

Conclusiones: el reforzamiento de determinadas motivaciones podría contribuir al éxito de los programas de reducción de peso corporal, por lo que se requieren más estudios cualitativos y cuantitativos que apoyen esta aseveración.

Palabras clave

motivos
reducción de peso
grupo de apoyo

Summary

Background: Obesity has increased in the entire World in recent decades. The increased incidence has put in doubt the efficacy of weight-control programs; therefore the study of this phenomenon has been focused in psychological reasons that have influence in the response to those programs. The aim of this study was to explore what were the patient's motives in a weight-loss program.

Methods: the qualitative method to analyze the experience was performed. The focus group included ten patients with one investigator as an active observer, and 12 weekly sessions.

Results: We identified motives related with aesthetic that could benefit success, and unrealistic expectations that could lead to failure after the strategy was completed.

Conclusions: the encouraging of certain motives could keep success of weight-loss programs. It is needed more qualitative research to support this conclusion and quantitative research to confirm it.

Key words

reasons
weight loss
support group

La Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad, define a la obesidad como una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo y al sobrepeso como un estado premórbido de la obesidad. Existe obesidad en adultos cuando el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$) es > 27 (> 25 en población adulta de talla baja) y sobrepeso cuando es > 25 y < 27 (> 23 y < 25 en población adulta de talla baja).¹ Estimaciones recientes de la Organización Mundial de la Sa-

lud indican que hay aproximadamente 350 millones de personas obesas y cerca de un billón con sobrepeso en todo el mundo; además, en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.^{2,3} Si bien antes se les consideraba problemas exclusivos de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano. En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006 registró

obesidad en 24.2 % de los hombres y en 34.5 % de las mujeres; y sobrepeso en 66.7 % de los hombres y en 71.9 % de las mujeres, todos ellos mayores de 20 años.⁴

Las medidas adoptadas para prevenir o tratar estas condiciones generalmente incluyen la adopción de dietas saludables, actividad física regular y cambios conductuales. Sin embargo, en la práctica clínica, la adherencia a estas medidas pocas veces es de 100 %, por lo que su eficacia es frecuentemente baja. Por otra parte, en los estudios de pérdida de peso a largo plazo se observa una disminución de peso inicial (generalmente entre uno y seis meses), seguida de un periodo de mantenimiento variable y, en un ambiente obesogénico, posterior aumento de peso.⁵ Esta situación convierte al sobrepeso en un problema frustrante tanto para el paciente como para el médico, puesto que los resultados dependen en gran medida del autocontrol y los cambios en el estilo de vida que se hayan logrado.

Los factores psicológicos participan de manera importante en el desarrollo y tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Frecuentemente se observan manifestaciones afectivas y cognitivas, como deterioro del autoconcepto y disminución de la autoestima y de las expectativas relacionadas con la eficacia y los logros.⁶ Algunos estudios concluyen que incluso algunos pacientes con obesidad llegan a pensar que las personas “gordas” son inherentemente malas y perezosas.⁷ No obstante, este malestar psicológico no parece ser suficiente para que las personas busquen ayuda o intenten bajar de peso. Por otra parte, la investigación sugiere que algunas características sociodemográficas (edad, sexo, educación) y factores de percepción (sobrepeso percibido, enfermedad crónica, indicación médica) se asocian con la intención de bajar de peso. Incluso existen diferencias interraciales en cuanto a

la percepción del sobrepeso: es menos probable que las personas de raza negra o hispanas se perciban con sobrepeso en comparación con las de raza blanca.⁸ Otro estudio indica que la insatisfacción con la talla se relaciona significativamente con los intentos por bajar de peso.⁹

De la misma manera que la causa de la obesidad es multifactorial, la variabilidad en los resultados de los programas para bajar de peso hace pensar en diversos factores. En ese sentido, los estudios cuantitativos no han logrado identificar factores invariables para la falta de éxito. El sentido común indica que la mayoría de las personas estaría de acuerdo en que el exceso de peso representa un riesgo significativo para la salud, pero, ¿eso motiva a quienes ingresan a un programa para bajar de peso? Si es así, ¿tiene la fuerza suficiente como para favorecer los cambios necesarios? Otro factor poco estudiado es la apariencia personal del médico que ofrece un tratamiento, la cual influye en la percepción que tienen los pacientes sobre las habilidades del médico,¹⁰ pero, ¿debe ser el médico un modelo para el paciente? ¿Sería útil una buena apariencia por parte del médico para conseguir los objetivos en un programa de reducción de peso?

La respuesta individual a los tratamientos contra la obesidad es muy heterogénea y con un alto grado de variabilidad en los cambios de peso después de terapias conductuales y procedimientos quirúrgicos. Las causas de dicha variabilidad no son claras,¹¹⁻¹³ por lo que las recomendaciones incluyen diversas intervenciones en los estilos de vida (técnicas de modificación de conducta, terapia cognitiva conductual, reforzamiento de actividades, consejería dietética).¹⁴ Aunado al incremento en todo el mundo de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, ha aumentado el interés por el entendimiento de los motivos psicológicos que pudieran estar

Cuadro I | Categorías temáticas y preguntas para explorar motivación para bajar de peso

Categorías	Preguntas
El médico como modelo	¿Qué opina sobre la participación de la psicóloga en el grupo?
Apariencia física	¿Cómo se siente con su cuerpo? ¿Le interesa bajar de peso o talla?
Expectativas	¿Qué espera de las sesiones? ¿Cuál es su objetivo final?
Resultados	¿Cómo se siente con lo conseguido? ¿A qué lo atribuye?

Cuadro II | Características generales de un grupo de personas integradas a un programa para bajar de peso

Sexo	Edad	Índice de masa corporal		Índice cintura/cadera	
		Inicial	Final	Inicial	Final
Masculino	44	52.0	45.4	1.00	1.00
Masculino	44	38.5	38.5	0.98	0.97
Femenino	53	37.9	36.8	0.94	0.90
Femenino	53	40.8	40.6	0.88	0.87
Femenino	50	37.6	36.5	0.87	0.87
Femenino	64	46.0	n/d	0.87	0.82
Femenino	49	55.9	54.2	0.95	0.94
Femenino	29	34.0	33.3	0.96	0.95
Femenino	28	43.3	43.3	0.97	0.96
Femenino	38	27.7	26.6	0.87	0.80

N/D = dato no disponible

influyendo en la respuesta a los programas de reducción de peso corporal.¹¹

En este estudio se pretende explorar la experiencia de pacientes con obesidad en un grupo psicoterapéutico de apoyo a un programa de reducción de peso, con participación directa del terapeuta, para tratar de comprender los factores individuales de motivación y percepción emergentes durante el proceso, que pudieran influir en el éxito o fracaso del tratamiento.

Método

Para identificar motivaciones y analizar experiencias, es necesario seguir una metodología inductiva que permita la comprensión de las vivencias en un entorno específico. Por tal motivo, desde el muestreo hasta el análisis de resultados, se utilizó el método de investigación cualitativa, que permite analizar las motivaciones individuales y la experiencia grupal de personas incluidas en un programa de reducción de peso.¹⁵

El estudio se realizó en pacientes con obesidad que se encontraban en protocolo para cirugía bariátrica en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, canalizados al Servicio de Psicología como parte del programa de reducción de peso. Tanto los grupos psicoterapéuticos como los grupos de enfoque (técnica cualitativa de muestreo) recomiendan un máximo de 10 a 12 pacientes por grupo.^{15,16} Este grupo estuvo formado por 10 personas, fue cerrado y homogéneo, con

duración de 12 sesiones semanales de 90 minutos. Todos los pacientes aceptaron participar en la investigación y firmaron la carta de consentimiento informado.

Un investigador se integró al grupo como *observador activo*. No fungió como líder y guió de manera abierta la expresión de opiniones relacionadas con la intención de bajar de peso. La dinámica se enfocó en el apoyo de modificación de hábitos alimentarios de acuerdo con las recomendaciones de manejo psicológico de la *NOM-174-SSA1-1998*. Otro de los investigadores se mantuvo como *observador pasivo* en cada sesión y en una bitácora anotó cada palabra de las participaciones de los integrantes del grupo. La unidad cualitativa de análisis utilizada fueron los *significados*, definidos como “referentes lingüísticos” del objeto de estudio¹⁵ y recabados de manera escrita. A partir del concepto *motivaciones* (razones para hacer algo) como idea central, se elaboraron categorías temáticas con diferentes preguntas que permitieron explorar cada categoría (cuadro I). En cada sesión, todos los participantes respondieron por escrito a las preguntas presentadas en tarjetas. No se utilizó grabación de audio para evitar que se omitieran opiniones. Al final de cada sesión, los investigadores revisaron las notas de la bitácora y las respuestas escritas, y resaltaron con un marcador de textos las líneas que se consideraron unidades de análisis. Posteriormente en una *bitácora de análisis* se anotaron las categorías emergentes a partir de las ideas, significados y conceptos recurrentes. Al final, estas categorías fueron analizadas para establecer conclusiones.

Como parámetro de evolución se utilizó el índice de masa corporal y cintura/cadera.

Resultados

En el cuadro II se describen las características generales de los participantes. Su índice de masa corporal fue > 27 , que los coloca en el rango de obesidad y con índice cintura/cadera arriba de lo normal para mujeres (> 0.85), pero en rango normal para hombres (< 1).

En las primeras sesiones se identificó la importancia de que uno de los investigadores se integrara al grupo porque lo percibían como estimulante, sin embargo, en las etapas finales no surgieron opiniones al respecto.

Durante todo el estudio, una paciente se mostró reuente a participar, faltó a sesiones y dejó de asistir en la etapa final, por lo que no fue posible darle seguimiento.

La apariencia física representó un aspecto fundamental en la sensación de bienestar:

Me siento bien, más cómoda con la ropa y siento que me veo mejor... no he bajado de peso, pero en talla sí...

Mejorar la imagen corporal resultó ser un objetivo a corto (sesión-sesión) y a largo plazo, a tal grado que generó mayor bienestar la disminución de talla que la de peso.

Las expectativas se relacionaron con bajar de peso por medio de la fuerza de voluntad para cambiar los hábitos alimentarios:

...mi expectativa es tener la fuerza de voluntad para dejar de comer todo lo que me provoca daño y engorda...

En ningún momento se expresaron expectativas que tuvieran congruencia con las de los médicos o que se relacionaran con la salud. Los pacientes frecuentemente manifestaron dificultades para mantener los cambios en su conducta alimentaria por "falta de voluntad".

Se identificaron tres categorías emergentes:

- Percepción sobre el apoyo que reciben.
- Causas de éxito o fracaso.
- Sensación de envidia por las personas delgadas.

Se encontró relación entre las primeras dos categorías, debido a que los pacientes consideraban que por falta de apoyo familiar, médico o social, no podían cumplir cabalmente con las indicaciones. Cuando no mostraban avance de una sesión a otra, expresaban opiniones referentes a dichas categorías:

...con mi esposo tengo problemas porque siento agresión, él es flaco y luego me dice de la panza y eso me hace sentir mal...

...el problema real que nos hace comer es todo el resentimiento que tenemos dentro...

Ideas que convergieron en lo que creían causaba su obesidad, el rechazo social y las consecuencias emocionales:

...hay muchas cosas que nos enojan, como las bromas, y que la gente se nos quede viendo como si fuéramos seres extraños...

La envidia por las personas delgadas fue un tema recurrente y aceptado por todos los participantes. Por lo regular se hablaba de ella cuando alguien tenía dificultades para modificar su conducta alimentaria:

...da coraje que hay personas que devoran comida. No comen, tragan, y no es justo ¿por qué subimos?, ¿qué hicimos?...

Cuando conseguían disminuir de peso o talla, por regla general, atribuían el éxito a su voluntad y al apoyo grupal:

...lo atribuyo a las ganas de bajar de peso, a los compañeros del grupo que también ayudan a que uno se motive y le eche ganas...

Discusión

La participación de un investigador como observador activo permitió obtener información de primera mano, producto de la convivencia directa con personas que compartían un mismo problema y objetivo, cuya opinión casi unánime al final del estudio fue que creían que la psicóloga los iba a ayudar a "sacar sus conflictos", no obstante que al inicio se les informó que las sesiones se centrarían en la modificación de los hábitos alimentarios. Lo anterior traduce que las opiniones vertidas fueron genuinas y que estuvieron relacionadas con la forma general de concebir la obesidad, ya que a lo largo de las sesiones, los pacientes no recibieron manejo psicoterapéutico ni influencia médica que pudiera predisponer sus opiniones en ese sentido. Por otro lado, durante las sesiones, todos los integrantes del grupo evaluaban las circunstancias relacionadas con los objetivos, sin que el investigador emitiera juicios o comentarios.

En cuanto al planteamiento sobre si el médico como modelo tiene influencia en sus pacientes, al parecer es una idea generalizada. Sin embargo, la aparente motivación inicial por este hecho fue perdiendo fuerza a tal grado que, si bien el investigador observador activo cursaba con sobrepeso y consiguió disminución ponderal y de talla, al final del estudio no se emitieron opiniones que lo reconocieran como un guía o un ejemplo a seguir. Al contrario, quienes consiguieron bajar de peso y talla lo atribuyeron a la propia fuerza de voluntad y al apoyo grupal. Esta situación cuestiona la idea generalizada de que las indicaciones médicas tendrán mayor fuerza si el médico predica con el ejemplo. Además, es probable que esto sea un distractor para los pacientes y que refuerce la opinión de los médicos de

que los pacientes no quieren bajar de peso, como parte del prejuicio compartido con la población general. Así lo expresó una paciente al relatar su experiencia con un médico:

...la doctora tenía un carácter... no me gustaba su trato, me hablaba mal... he estado en varios programas... como se lo comenté a la doctora, me decía que entonces solo estaba ocupando un lugar...

Los pacientes percibieron la falta de apoyo social como la causa y consecuencia de su obesidad, sin embargo, consiguieron disminuir medidas y peso si bien durante todo el estudio sus relaciones familiares o sociales no cambiaron.

Al parecer, la apariencia física tuvo un impacto importante en la motivación de este grupo, ya que la disminución de talla era suficiente para mantener el interés en el programa y una sensación de bienestar, aun cuando no hubiera una disminución en el índice cintura/cadera y en el peso corporal. Aunque esta situación ha sido explotada de manera comercial mediante el ofrecimiento de productos mágicos que eliminan grasa corporal y moldean la figura, en los programas médicos de reducción de peso se le resta importancia a este aspecto, enfocándose en el bienestar que generaría disminuir los riesgos de complicaciones médicas. En este estudio, aunque los pacientes reconocieron los riesgos que implica la obesidad para su salud, sus expectativas al ingresar al programa estaban mayormente relacionadas con su fuerza de voluntad, con el apoyo de personas en su misma condición y con su capacidad para

mantener los cambios logrados. Tener la fuerza de voluntad se relacionó con la motivación grupal.

Conclusiones

El aumento en la incidencia de sobrepeso y obesidad en nuestro medio es indicativo del fracaso de los programas preventivos y curativos. El éxito conseguido a corto y mediano plazos por los programas médicos de reducción de peso no se mantiene a largo plazo por razones aún no claras. En este estudio se encontró que determinadas motivaciones (la apariencia física) pueden tener un impacto positivo en el éxito de los programas, y que probablemente también las falsas expectativas (como conseguir la voluntad necesaria) contribuyan con el fracaso. Es probable que el mantenimiento del éxito requiera un apoyo grupal regular a largo plazo que permita mantener la motivación necesaria para la persistencia de las modificaciones alimentarias.

Asimismo, se evidenció la dificultad para modificar los hábitos alimentarios, aunque también hubo indicios de que el apoyo grupal facilita alcanzar este objetivo.

Reforzar motivaciones particulares mediante el apoyo grupal por tiempo indefinido y ayudar a los pacientes a generar expectativas más razonables, puede favorecer el éxito de los programas de control de peso a largo plazo.

Se requieren más estudios cualitativos que apoyen estas hipótesis y obliguen a la confirmación con estudios cuantitativos a largo plazo.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad. Diario Oficial de la Nación 12 de abril de 2000. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>
2. World Health Organization. (Sitio web). Global Health Observatory (GHO). Overweight. Consultado 20 abril de 2010. Disponible en http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/index.html
3. World Health Organization. (Sitio web). Global Health Observatory (GHO). Obesity. Disponible en http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/index.html
4. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública 2006. Consultado 20 abril 2010. Disponible en <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
5. Lean ME. Is long-term weight loss possible? *Br J Nutr* 2000;83(Suppl 1):103-111.
6. Seijas D, Feuchtmann C. Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos. *Bol Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile* 1997;26(1). Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad10.html>
7. Schwartz MB, Vartanian LR, Nosek BA, Brownell KD. The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity* 2006;14(3):440-447. Disponible en <http://www.nature.com/doi/10.1038/oby.2006.58>
8. Zapka J, Lemon SC, Estabrook B, Rosal MC. Factors related to weight loss behavior in a multiracial/ethnic workforce. *Ethn Dis* 2009;19(2):154-160. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2754133/?tool=pubmed>
9. Anderson LA, Eyler AA, Galuska DA, Brown DR, Brownson RC. Relationship of satisfaction with body size and trying to lose weight in a national survey of overweight and obese women age 40 and older, United States. *Prev Med* 2002;35(4):390-396.
10. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. *Am J Med* 2005;118(11):1279-1286.

11. Teixeira PJ, Going SB, Sardinha LB, Lohman TG. A review of psychosocial pretreatment predictors of weight control. *Obes Rev* 2005;6(1):43-65.
12. Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev* 2005;6(1):67-85.
13. van Hout GC, van Oudheseden I, van Heck GL. Literature review: psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg* 2004;14(5):579-588.
14. Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E; Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *CMAJ* 2007;176(8):s1-s13. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1839777/?tool=pubmed>
15. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill Interamericana; 2008. p. 521-747.
16. Vinogradov S. Terapia de grupo. En: Hales RE, editor. DSM IV. Tratado de psiquiatría. Tercera edición. México: Masson; 2000. p. 1273-1309.