

# Motivación y adhesión a tratamientos. Abordaje integral en la consulta hospitalaria de obesidad

H. García-Llana<sup>1</sup>, B. Rodríguez Doñate<sup>2</sup>, A.I. de Cos Blanco<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Psicólogo investigador. Unidad de Obesidad;

<sup>2</sup> Nutricionista investigador. Unidad de Obesidad;

<sup>3</sup> Médico adjunto responsable de la Unidad de Obesidad.  
Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Madrid

**Correspondencia:**

Dra. Ana I. de Cos Blanco  
Unidad de Obesidad. Hospital Universitario La Paz.  
Po. Castellana, 261. 28046 Madrid

**Correo electrónico:** acos.hulp@salud.madrid.org

**Fecha de recepción:** 23-04-2010

La falta de adhesión a los tratamientos en el ámbito de la obesidad es un problema recurrente que genera frustración en los profesionales y que puede atentar contra la relación clínica. Si el paciente no se corresponsabiliza de su tratamiento, la efectividad del mismo queda muy comprometida, así como su bienestar. El abordaje motivacional y las estrategias de comunicación empática no impositiva se presentan como un arsenal terapéutico imprescindible dentro del abordaje integral de este tipo de pacientes. Presentamos un caso clínico atendido en la consulta hospitalaria de obesidad de una

mujer de 36 años de edad, que acude a la consulta para perder peso, con una historia de baja adhesión a tratamientos anteriores y baja autoeficacia percibida en la actualidad.

**Palabras clave:** Motivación. Adhesión. Modificaciones conductuales. Abordaje integral.

### Motivation and adherence to treatments. Integral approach in a hospital obesity consult

Lack of adherence to treatments in the context of obesity appears as a common problem which generates frustration in professionals

and that could attempt against clinical relationship. If the patient does not take a commitment with treatment, effectiveness and wellness would be reduced. Motivational approach and emphatic communication strategies are presented as essential tools in order to promote integral approach to this profile of patients. We present a case study of a 36 year old woman who comes to a hospital obesity consult presenting low levels of adherence to previous treatments and low self-efficacy.

**Key words:** Motivation. Adherence. Behavioral modifications. Integral approach.

## INTRODUCCIÓN

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, etc. Algunos profesionales se desesperan al comprobar que con sus bien intencionados consejos no obtienen los resultados que esperaban. No se produce el cambio. Como dice la Dra. Arranz, a las personas les gusta que les digan lo que tienen que hacer, pero les gusta mucho más hacer lo contrario. Es cuestión de dar la opción a elegir, no de imponer el cambio. Se trata de implicar al paciente en sus objetivos de querer cambiar y comprometerse juntos médico y paciente. Es cuestión de validar, escuchar y orientar. Es momento de reconocer a la empatía como motor

de cambio y a la comunicación como un acto clínico de gran relevancia en el fomento de la adhesión<sup>(1)</sup>.

Los tratamientos ofertados para el control de las enfermedades crónicas en general, y de la obesidad en particular, requieren de un grado de cumplimiento –mejor llamado adhesión en cuanto al papel activo del sujeto<sup>(2)</sup>– que muchas veces no corresponde con la realidad observada. La motivación para implicarse en un plan de pérdida de peso depende mucho de las posibles consecuencias y de los resultados positivos o negativos que se vayan consiguiendo. 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. Promover motivación es una responsabilidad clínica con la que se ayuda a que el paciente

aclare los motivos por los cuales abandona la conducta actual –que es cómoda y conocida– para arriesgarse a cambiar.

Las personas con obesidad solicitan ayuda profesional por un problema de salud complejo que afecta a la totalidad de su persona y que suele consistir en bastante más que un desequilibrio endocrino-metabólico. 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<sup>(3,4)</sup>.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

### Motivo de consulta

En noviembre de 2008 se recibe en la Unidad de Obesidad del Hospital Universitario La Paz a una mujer de 36 años con múltiples intentos previos de perder peso y baja adherencia a los tratamientos. Ha tenido una larga lista de tratamientos anteriores con modificaciones dietéticas, pero considera que han sido

“una pérdida de tiempo”. Esta vez es remitida a la consulta de obesidad porque su médico de atención primaria le ha puesto tratamiento farmacológico para la hipercolesterolemia y eso preocupa a la paciente. Refiere que aun así ella cree que no le va a ser posible, ya que no tiene “fuerza de voluntad”.

### Antecedentes

#### Antecedentes personales

Mujer de 36 años de edad, casada y con dos hijos de 6 y 2 años. Diabetes gestacional en el primer embarazo. Hipercolesterolemia desde enero de 2008. En tratamiento con atorvastatina 10 mg al día. Fumadora de 5 cigarrillos al día. No alergias conocidas. No intervenciones quirúrgicas. Peso al nacer: 3,9 kg. Una semana de lactancia materna.

#### Antecedentes familiares

Padre vivo de 75 años de edad con sobrepeso de grado II, hipertensión arterial, diabetes y apnea del sueño (CPAP [*continuous positive airway pressure*] en los últimos años). Madre viva de 73 años sin antecedentes de interés.

#### Antecedentes biográficos

La paciente es la pequeña de 4 hermanas. Ninguna de sus hermanas tiene obesidad. La obesidad se inició en su primer embarazo, aunque, por lo que recuerda que su madre le decía de pequeña, había estado “siempre gordita”. Trabaja de secretaria de dirección y está satisfecha con su ocupación laboral.

#### Exploración física y pruebas diagnósticas

Los datos de la exploración física y de la analítica de inicio en la unidad de obesidad de referencia se presentan en la **Tabla 1**.

#### Marco de la entrevista clínica

#### Historia previa

Últimos intentos previos de pérdida de peso: endocrino en clínica privada en el año 2000. Tratamiento con sibutramina (“no lo

Tabla 1. EXAMEN FÍSICO Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Examen físico	
Talla	167 cm
Peso	88,5 kg
IMC	31,7 kg/m <sup>2</sup>
Tensión arterial	130/75 mmHg
Cintura	109 cm
Presión arterial	90 ppm
Tiroides	Morfología normal
Pruebas diagnósticas	
Hemoglobina	13,4 g
Hematocrito	40,4%
VCM	89 fL
Leucocitos	9,6 × 10 <sup>3</sup> µL
Glucosa	97 mg/dL
Colesterol	217 mg/dL
HDL	53 mg/dL
LDL	135 mg/dL
TRG	165 mg/dL
Insulina basal	7 µU/mL
Hemoglobina glicosilada	5,6%
Hormonas tiroideas	Normales

tomaba por si me hacía adicta”). Balón intragástrico en 2005. Perdió peso que recuperó con importante ganancia abdominal (efecto yoyó). Natur House en el último año. No seguía las recomendaciones dietéticas (“yo con lechuga no puedo vivir”).

Motivos: presión del entorno (de la madre y las hermanas, pero no del marido) y problemas estéticos (“poder ponerme la ropa que antes me quedaba bien”).

Relación con equipos asistenciales: ausencia de relación de confianza en los profesionales que la trataron.

### **Atribuciones del paciente a su proceso de obesidad**

Empeoramiento de los hábitos alimentarios, maternidad, problemas emocionales (ansiedad, estrés).

### **Evaluación nutricional y de la actividad física**

La paciente lleva a cabo tres comidas al día en horarios regulares. Se salta la merienda, el desayuno es incompleto, come grandes cantidades, no evita ningún alimento, picotea (galletas y embutidos) por las tardes mientras le da la merienda a sus hijos, no sabe apenas cocinar, come verduras crudas a diario, carne y pescado a la plancha, fruta a diario, precocinados con alguna frecuencia, no bebe alcohol, ingiere 3 latas de refresco de cola al día.

Su trabajo es sedentario, no realiza actividad física de forma regular, su ocio consiste en salir a comer con los amigos e ir al cine con su marido (“siempre con palomitas”).

### **Evaluación motivacional e ingesta emocional**

Suele comer hasta sentirse “harta” de comida, come compulsivamente, pero no vomita, ni es comedora nocturna. Si está baja de ánimo o con ansiedad, picotea. Cuando está aburrida le da hambre. Sus principales motivaciones están relacionadas con la comida.

### **Diagnóstico**

#### **Médico**

Obesidad de grado I con distribución central de la grasa (IMC: 31,7; perímetro de cintura: 109 cm), hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico, hipertrigliceridemia.

### **Motivacional**

Con el desarrollo de la entrevista clínica, hasta el momento podemos afirmar que la paciente se muestra muy ambivalente respecto a la idea de iniciar un cambio de hábitos con el objetivo de bajar de peso. Además, presenta una baja autoeficacia percibida. Por otro lado, ella es consciente de los riesgos para su salud derivados de la obesidad. Presenta ideas irracionales de lo que se considera el tratamiento integral de la obesidad, equiparándolo a dietas hipocalóricas y restrictivas. Presenta baja adhesión a tratamientos farmacológicos previos, así como ausencia de relación de confianza con los profesionales que la trataron con anterioridad, lo que es un potente factor de riesgo para la motivación en el momento actual. Ella percibe buen apoyo social en casa para bajar de peso.

### **Tratamiento**

#### **Abordaje motivacional**

Nos encontramos ante una paciente con resistencias respecto al cambio, informada de los riesgos que representa la obesidad y con escasa adherencia a tratamientos previos. Lo más significativo en ella es que posee una información distorsionada de lo que es el tratamiento integral de la obesidad orientado hacia cambios graduales en el estilo de vida. En este punto es muy importante educarla en lo que es el abordaje global y marcarle objetivos graduales, alcanzables y de proceso para potenciar su autoeficacia. La motivación siempre proviene del propio paciente, pero la confianza en que puede cambiar y la ayuda para “creérselo” y “ejecutar acciones” puede provenir de fuera, preferiblemente del equipo asistencial y del entorno sociofamiliar. Un modelo útil para comprender cómo cambian las personas, con o sin ayuda especializada, es el propuesto por los psicólogos Prochaska y Di Clemente<sup>(5)</sup>. Estos autores han descrito una serie de fases por las que atraviesa una persona durante el proceso de cambiar de hábitos, fases que pueden resultar muy útiles para entender y determinar qué tipo de abordaje es el más adecuado para una persona en concreto en un momento determinado. Estas fases se han aplicado en el campo del cambio de hábitos y en el tratamiento de la obesidad con resultados favorables y satisfactorios<sup>(6,7)</sup>. La paciente se sitúa en la fase de determinación, pero con gran ambivalencia. En esta fase se produce la oportunidad para implicarse en un plan de cambio. Una persona en esta fase sentirá que tiene que o quiere hacer algo, se comenzará a cuestionar lo que puede hacer y cómo hacerlo. Está comenzando a tomar una decisión.

## Claves comunicativas en la consulta de obesidad

Lo primero que hacemos en consulta, a nivel comunicativo, es **reforzar** el hecho de haberlo intentado tantas veces (“las personas que lo han intentado tantas veces como tú tienen un rasgo en común que llamamos constancia. Sabemos que la constancia ayuda mucho en el tratamiento de la obesidad”). **Reconceptualizar el fracaso** facilita la relación de confianza, que es el paso inicial en la falta de adhesión a tratamientos en pacientes con enfermedades crónicas. **Validamos sus dificultades** para que la paciente entienda que nos hacemos cargo de su situación. El arte de generar confianza en una consulta tiene mucho que ver con la empatía y la validación. En el momento en que el paciente se siente validado y atendido como persona, no como enfermedad, se abre al profesional, y éste adquiere un poder de influencia imposible de generar sin este clima. Le explicamos a la paciente que el tratamiento que podemos ofrecerle tiene que ver con la introducción de cambios graduales en la alimentación y la actividad física que ella pueda sostener reestructurando así sus ideas irracionales acerca de las dietas restrictivas como estrategia de tratamiento.

## Consensuar objetivos personalizados, alcanzables y de proceso

Se le plantea un objetivo de pérdida de peso corporal del 5% (4,4 kg) en 6 meses para plantearse posteriormente llegar al 10% según resultados. Los abordajes posibles por orden de prioridad son: motivacional y modificaciones conductuales, dietético y actividad física y farmacológico. Finalmente, **preguntamos de manera abierta y focalizada** si le merece la pena intentarlo, a lo que responde que sí. Le implicamos activamente dándole la **opción de elegir** los primeros cambios que introducir.

## Autoeficacia y esfuerzo percibido

La autoeficacia (“¿Cuánto de capaz se siente de llevar a cabo este plan?”) se ha consolidado como un parámetro seguro de adhesión terapéutica. Este concepto hace referencia a la convicción de la persona de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida para producir ciertos resultados. Las expectativas de autoeficacia y el **esfuerzo percibido** (“¿Cuánto esfuerzo cree que le va a costar llevar a cabo este plan?”) se proponen como un determinante fundamental en la elección de hábitos de vida saludables. Le formulamos a la paciente estas dos preguntas en el contexto de la consulta, con el ánimo

Tabla 2. **TÉCNICAS CONDUCTUALES QUE FACILITAN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO**

Establecer un refuerzo positivo: no hacer de la paciente un inventario de déficits
Buscar alternativas gratificantes
Controlar los estímulos en casa para favorecer el consumo de productos hipocalóricos: botes opacos, etc.
Discriminar el tipo de emociones y situaciones que promueven el incumplimiento
Eliminar obstáculos para el cumplimiento

de evaluar la adhesión e implicarla en su proceso de cambio. La paciente nos responde que es una de las pocas veces que se siente escuchada en una consulta médica y añade: “Para mí va a ser realmente difícil cambiar mi vida, pero quiero hacerlo y hacerlo bien. Me viene bien eso de los cambios graduales”.

## Manejo de la ingesta emocional y modificaciones conductuales

Para disminuir la ansiedad asociada a la merienda de los niños, le hablamos de la importancia de realizar ella también su propia merienda de manera controlada como mecanismo de bloqueo de la ansiedad. Se decide que se diseñará una bandeja de merienda saludable de la que tratará de no salirse. Le apuntamos que uno de los objetivos del tratamiento es que vaya diseñando sus propios espacios de autocuidado. La idea es que empiece ella a controlar su propia vida y su propia alimentación. Le apuntamos que no está sola, que le acompañaremos si ella decide iniciar estos cambios. Le volvemos a arrancar verbalmente el compromiso (“sí quiero cambiar y también quiero vuestra ayuda”), sabiendo que las personas se adhieren mejor a lo que dicen ellas mismas que a lo que escuchan a los sanitarios. El mensaje final es: “usted decide, nosotros le ayudamos”.

Las técnicas de modificación de conducta que se emplearon se detallan en la **Tabla 2**.

## Abordaje dietético y de actividad física

Se le refuerzan los buenos hábitos de ingesta de verdura, fruta y cocinados a la plancha. Se le entrena en la dieta por intercambios. Se reduce el aporte calórico sustituyendo el contenido de picoteo y no eliminándolo. La paciente decide ampliar el ocio no asociado a la comida e incrementar de manera moderada la

actividad física espontánea y estructurada. Valorará el apuntarse a un gimnasio cerca del trabajo y empezar por aquellas clases grupales que más le llamen la atención.

### Abordaje farmacológico

De momento, no se le prescribe a la paciente tratamiento farmacológico.

### Evolución a los 6 meses

La paciente se presenta motivada para perder peso y consciente de sus problemas para cambiar de hábitos, pero también de sus logros. Realiza 4 comidas al día. Merienda con sus hijos, aunque alguna vez se olvida de prepararse su bandeja. Ha sustituido el picoteo de embutidos por encurtidos, que le encantan. Bebe un par de latas de refrescos de cola a la semana. Se

ha apuntado a un gimnasio cerca del trabajo y va 2 días a *spinning* y 1 día a yoga. Ha podido ampliar su círculo social. Una vez al mes pide palomitas cuando va al cine. Se ha comprado un par de libros de cocina y está experimentando. Ella se siente menos ansiosa y con control sobre su vida.

En la **Tabla 3** se detallan las medidas antropométricas y la analítica de seguimiento a los 6 meses.

A la vista de los parámetros, la paciente ha conseguido disminuir más del 5% de su peso en 6 meses. Además, ha conseguido organizar su estilo de vida en función de sus objetivos de perder peso. La paciente se considera capaz de sostener los cambios que ha realizado durante los próximos 6 meses.

Se la remite a su centro de salud para seguimiento y para valorar la retirada de la medicación para la hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

## DISCUSIÓN

La falta de adherencia (propiedad) o adhesión (acción del individuo) nos sitúa en uno de los escenarios más desalentadores de la práctica clínica relacionada con el abordaje de la obesidad. En el ámbito de la enfermedad crónica en general y de la obesidad en particular, las tasas de no adhesión pueden situarse cerca del 50%. Actualmente, se vienen desarrollando programas de intervención multicomponente para la pérdida de peso con énfasis en técnicas conductuales, y los resultados en salud son esperanzadores<sup>(8)</sup>. Nuestra propuesta con la experiencia de este caso es que, aun disponiendo de recursos limitados, como una consulta de obesidad tradicional, se pueden manejar estrategias integrales que contemplen los factores motivacionales como primera línea de intervención en pacientes con perfil de baja adhesión. La exploración motivacional ofrece al equipo terapéutico la posibilidad de establecer una relación empática no impositiva con el paciente, a la vez que se detectan aspectos relevantes de cara a la potenciación de la adhesión. Los profesionales de la salud a menudo consideran que las técnicas de modificación de conducta son impracticables en la consulta, por falta de tiempo o porque creen que son necesarios conocimientos o habilidades que no poseen. Sin embargo, la terapia de modificación de conducta puede ser estandarizada para conseguir un uso más eficaz<sup>(9)</sup>. Debido a los cambios sociales producidos en sanidad y al aumento de la libertad como valor fundamental en nuestro país, resulta mucho más efectivo un tipo de relación con las personas con obesidad y sus familias de tipo deliberativo<sup>(10)</sup> –en el que se dialoga y se comparte la responsabilidad desde la simetría moral– intentando superar la relación paternalista –en la que se impone y escucha poco al paciente.

Tabla 3. **EXAMEN FÍSICO Y ANALÍTICA DE SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES**

Examen físico	
Talla	167 cm
Peso	82,5 kg
IMC	30,3 kg/m <sup>2</sup>
Tensión arterial	130/70 mmHg
Cintura	101 cm
Presión arterial	82 ppm
Tiroides	Morfología normal
Analítica de seguimiento	
Hemoglobina	13,6 g
Hematocrito	39%
VCM	90 fL
Leucocitos	8,2 × 10 <sup>3</sup> µL
Glucosa	95 mg/dL
Colesterol	205 mg/dL
HDL	58 mg/dL
LDL	125 mg/dL
TRG	120 mg/dL
Insulina basal	7 µU/mL
Hemoglobina glicosilada	5,5%
Hormonas tiroideas	Normales

**AGRADECIMIENTOS**

*Agradecemos a Laboratorios Abbott su financiación al equipo de apoyo de la Unidad de Obesidad del Hospital Universitario La Paz con una beca no restrictiva, y al Instituto Antae su estímulo constante.*

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Larsson LB, Yao X. Clinical empathy as an emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005; 293 (9): 1100-06.
2. Osterberg L y Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353 (5): 487-97.
3. Salas-Salvadó J, Miguel A. Rubio, Montserrat Barbany, Basilio Moreno. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica* 2007; 128 (5): 184-96.
4. Bellido D. El paciente con exceso de peso: guía práctica de actuación en atención primaria. *Revista Española de Obesidad* 2006; 4 (1): 33-44.
5. Prochaska JO, Di Clemente CC. The stages and processes of self-change in smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51: 390-5.
6. Spencer L, Wharton C, Moyle S, Adams T. The transtheoretical model as applied to dietary behavior and outcomes. *Nutrition Research Reviews* 2007; 20: 46-73.
7. Horwath C. Applying the transtheoretical model to eating behaviour change: challenges and opportunities. *Nutrition Research Reviews* 1999; 12: 281-317.
8. Acharya SD, Elci OU, Sereika SM, Music E, Styn MA, Turk MW, Burke LE. Adherence to a behavioural weight loss treatment program enhances loss and improvements in biomarkers. *Patient Preference and Adherence* 2009; 3: 151-60.
9. Garaulet M, Pérez de Herdia F. Behavioural therapy in the treatment of obesity (I): new directions for clinical practice. *Nutrición Hospitalaria* 2009; 24 (6): 629-39.
10. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A (ed.). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela; 1999. p. 109-26.