

# EOPs: Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad

## Barriers associated to compliance in the treatment of obesity

Catalina Brosens \*

### Resumen

A partir de la descripción de un caso clínico donde se pone de manifiesto la dificultad en la adherencia a un tratamiento para el descenso de peso, se indaga sobre el origen y las barreras que llevan al fracaso del mismo.

Se concluye que las dificultades relacionadas con la organización del tiempo, entre otras, resultan en una de las principales causas de abandono. La autora nos invita entonces a la reflexión sobre cómo encarar las expectativas de éxito de un tratamiento para la obesidad, trabajando sobre estos factores.

### Abstract

From the description of one case that highlights the difficulty in compliance to a treatment for weight reduction, the origin and barriers that lead to failure are investigated. This review concludes that the difficulties associated with the organization of time, among other, result in a major cause of abandonment. The author then invites us to think how to address the expectations of a successful treatment for obesity, working on these factors.

**Palabras clave:** Obesidad, tratamiento, adherencia. **Key words:** Obesity, treatment, compliance.

Brosens C. Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. Evid. Actual. Práct. Ambul; 12(3):116-117, Jul-Sep 2009.

### Caso clínico

Una médica de familia atiende a una paciente de 65 años e identifica como problemas: obesidad (índice de masa corporal de 34 Kg/m<sup>2</sup>) hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DLP). Al abordar el primer problema la paciente refiere varios episodios de descenso de peso logrados mediante diversas dietas, con cierto éxito dado que todas las veces había recuperado rápidamente el peso perdido. Un año atrás había concurrido a tratamiento grupal durante tres meses, logrando bajar tres Kg. Estaba realmente entusiasmada, pero luego debió abandonar el mismo argumentando dificultades económicas para afrontar los cosegueros. Nuevamente recuperó el peso perdido. Se mostraba realmente molesta con esta última situación y parecía querer depositar en ello la culpa de un nuevo fracaso. En ese momento la médica tratante se pregunta si el problema económico era realmente la barrera que la llevó a abandonar el tratamiento, o si existían otras cuestiones de fondo. Se pregunta asimismo, qué intervenciones ayudarían a esta paciente, y a tantos otros, a aumentar la adherencia al tratamiento de la obesidad, y de esta forma obtener mejores resultados.

### Pregunta que generó el caso

¿En pacientes con obesidad, cuáles son las barreras más frecuentes que interfieren en la adherencia a los cambios en el estilo de vida recomendados como tratamiento?

### Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda en PubMed, empleando una combinación de palabras clave: "obesity", "patient compliance", "barriers". La búsqueda se limitó a estudios que tuvieran como máximo diez años desde su publicación. Se seleccionaron dos estudios que se describirán más adelante.

### Datos sobre la Obesidad

La obesidad es una de las patologías crónicas con mayor prevalencia, afectando casi al 30% de la población mundial. Constituye un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular (ECV), y se asocia a otros factores de riesgo como HTA, DLP y diabetes (DBT). También se relaciona con el desarrollo de apnea del sueño, depresión, empeoramiento de la osteoartritis y deterioro de la calidad de vida<sup>1</sup>.

Se sabe que la obesidad se debe a la interacción de diferentes factores: socioculturales, psicológicos, metabólicos y hereditarios. Si bien los factores genéticos son importantes, se cree

que la obesidad es una enfermedad de etiología predominantemente ambiental. Entre los factores socioculturales que influyeron en el aumento de la prevalencia de la obesidad en las últimas décadas se destacan el sedentarismo y los cambios en el patrón de alimentación. El aumento del confort en la vida cotidiana, con las mejoras en el transporte, el uso de ascensores y escaleras mecánicas, entre otros, conllevan a un marcado descenso del gasto calórico diario. A esto se le suma un incremento del porcentaje de grasa y calorías presentes en los alimentos, particularmente con la incorporación de los denominados locales de comida rápida<sup>2</sup>.

El manejo de los pacientes obesos no solo consiste en lograr un descenso de peso significativo y mantenerlo a lo largo del tiempo, sino también en la incorporación de hábitos de vida saludables. En esta línea, la terapia cognitivo conductual representa una de las herramientas terapéuticas más efectivas. La misma, además de reforzar el plan alimentario y la actividad física, induce a lograr pautas de automonitoreo alimentario, el manejo de situaciones que causan estrés, el control de estímulos y el manejo de las contingencias, así como el desarrollo de una red de soporte social y familiar. El aprendizaje de estas pautas permite que los pacientes ocupen un rol activo en el tratamiento<sup>1</sup>.

Pese a la implementación de dichas estrategias, se sabe que aproximadamente dos tercios de los pacientes que realizan un tratamiento efectivo y logran bajar de peso, recuperan su peso inicial luego de un año, y casi todos lo hacen luego de cinco años. La recuperación del peso perdido a largo plazo, se asocia frecuentemente con la falta de adherencia a las recomendaciones de cambio en el estilo de vida, con tasas de abandono de las mismas que rondan del 10 al 80% según diferentes estudios<sup>3</sup>. La obesidad entonces, se convierte en uno de los problemas crónicos de más difícil abordaje, siendo que la mayor dificultad reside en promover y lograr adherencia a los cambios en los hábitos de vida.

Teniendo en cuenta esto, se hace indispensable conocer cuáles son las barreras, reconocidas por los pacientes, en mantener la adherencia a dichos cambios.

### Resumen de la Evidencia

Inelmen E y col. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. Int J Obes (Lond) 2005;29(1):122-8.

Se trata de un ensayo clínico retrospectivo, realizado en la

\* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. catalina.brosens@hospitalitaliano.org.ar

clínica de obesidad de la Universidad de Padua, Italia, entre 1999 y 2002. Su objetivo fue identificar que características clínicas basales actúan como predictores de abandono en el tratamiento de la obesidad. Incluyó a 383 pacientes entre 15 y 82 años, atendidos en la clínica de obesidad en forma ambulatoria, con un año de seguimiento. Todos los pacientes fueron evaluados en la primera visita con un cuestionario que incluía datos socio-demográficos (escolaridad, horas de trabajo, grupo de convivientes); del estilo de vida (nivel de actividad física, patrones de alimentación); tratamientos intentados con anterioridad; presencia de enfermedades asociadas a la obesidad (HTA, DBT, DLP, osteoartritis, ECV) y depresión. También se realizó un examen físico que incluyó medidas antropométricas. En las visitas de seguimiento, realizadas cada cuatro semanas como mínimo, el médico y el nutricionista asistían al paciente en el monitoreo del peso, automonitoreo del plan alimentario y de la actividad física. Entre los resultados, se vio que 296 pacientes (77,3%) abandonaron el tratamiento antes de completar el año de seguimiento, siendo que 205 (69,2%) lo hicieron dentro de los primeros 3 meses. No se encontraron diferencias significativas en las tasas de abandono respecto de la edad, el sexo, el número de intentos previos, el nivel de actividad física, el patrón alimentario, el soporte social ni en las medidas antropométricas; todos datos previos al inicio del tratamiento. En cambio, sí se encontraron diferencias significativas respecto de la cantidad de horas de trabajo, siendo que los que abandonaron el tratamiento tenían trabajos de tiempo completo, mientras que los que lo completaron eran en su gran mayoría amas de casa. También se vio que estos últimos estaban significativamente más deprimidos y afectados por la osteoartritis. Se demostró que tener un trabajo de tiempo completo fue el predictor más fuerte de abandono prematuro (OR 2,40 IC95% 1,20 a 4,79).

Grossi E. y col. Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. Int J Obes (Lond). 2006;30(7):1132-7

Se trata de un estudio observacional realizado en 18 centros médicos de Italia, entre 2000 y 2004. Su objetivo fue investigar las causas de abandono reportadas por los pacientes obesos tratados en dichos centros. Incluyó a 940 pacientes obesos de 25 a 65 años de edad, que buscaban un tratamiento ambulatorio de su obesidad. Todos los pacientes debían contestar un cuestionario telefónico, que incluía preguntas acerca del control de peso, estrategias utilizadas para bajar de peso, estado

de salud físico y psíquico; y una sección especial sobre las causas de abandono del tratamiento. Luego de un período de observación (41 meses en promedio), 766 de los 940 pacientes (81,5%) abandonaron el tratamiento; 62% lo hicieron durante el primer año. No se encontraron diferencias significativas entre los que continuaron y los que abandonaron el tratamiento con respecto a edad, sexo, índice de masa corporal, estado civil, o nivel de educación. Se vio que las dificultades prácticas, solas o combinadas con otras causas, fueron la principal causa de abandono (55%); seguidas por resultados insatisfactorios, asociados con las expectativas de los pacientes (14%); escasa motivación (12%); y confianza en la habilidad de perder peso adicional sin ayuda profesional (9%). Entre las dificultades prácticas, los problemas familiares (30%), problemas en el trabajo (28%), y problemas de distancia (21%), todos estos relacionados con dificultades en el manejo del tiempo, fueron las causas más frecuentes. Otras causas frecuentemente reportadas fueron: sensación de haber sido abandonados por el profesional luego del programa inicial intensivo y/o mala relación con los profesionales tratantes. El estudio concluye que las dificultades prácticas y los problemas psicológicos son las razones más importantes para abandonar el tratamiento, por lo que el lograr una alianza terapéutica que contemple estas cuestiones, tendría un gran potencial para reducir las tasas de abandono y para mejorar los resultados en obesidad.

#### Comentario y conclusiones

Por lo resumido en los estudios previos, las dificultades prácticas, en íntima relación con problemas de tiempo (ya sea por problemas familiares, trabajo de tiempo completo), y las dificultades de accesibilidad a los tratamientos, son responsables de más de la mitad de los casos de abandono. Por esta razón, sería importante que los médicos pudieran dedicar menos tiempo a la evaluación estrictamente clínica de los pacientes, para dedicarse con mayor ímpetu a evaluar la existencia de estas barreras del ámbito socio-familiar, aspectos fundamentales de la vida de los pacientes. A su vez, los médicos deberían estar atentos, durante el tratamiento, a la falta de motivación, la falta de satisfacción con los resultados, y al sentimiento de abandono, ya que estas son las razones psicológicas más importantes reportadas por los pacientes.

La tasa de abandono, entonces, podría reducirse si los médicos evaluaran con mayor atención la existencia de estas barreras prácticas y psicológicas, y pudieran resolver estos problemas junto con la participación activa de los pacientes.

Recibido el 11/07/09 y aceptado el 02/08/09.

#### Referencias

1. Bray G. Behavioral strategies in the treatment of obesity. Pi-Sunyer F, Mulder J, ed. UpToDate, 2009 17.2. Disponible en línea con suscripción: [http://utdol.com/online/content/topic.do?topicKey=obesity/7697&selectedTitle=2-150&source=search\\_result](http://utdol.com/online/content/topic.do?topicKey=obesity/7697&selectedTitle=2-150&source=search_result)
2. Ventriglia I. PROFAM: Riesgo cardiovascular y enfermedad coronaria. E. Rubinstein, M. Zárate, P. Carrete, M. Deprati, editores; 3ª ed. Bs.As, 2006. Cap. Obesidad; pag. 9-37.
3. A Concept Analysis: Adherence and Weight Loss; L. E. Shay; Nursing Forum; Vol 43 n°1, Jan-March, 2008.