

UNIVERSIDAD DE SONORA

División de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología



“El saber de mis hijos
hará mi grandeza”

**“Motivos, Barreras percibidas y relación médico-paciente en la
adherencia al tratamiento nutricional de personas adultas con sobrepeso
y obesidad”**

TESIS

Que para obtener el grado de:

Maestro en Psicología

Presenta:

Jesús Alberto Méndez Morales

Directora de tesis:

Dra. Claudia Cecilia Norzagaray Benítez

Codirector de tesis:

Dra. Raquel García Flores

Lectores:

Dr. Federico Zayas Pérez

Dra. Nadia Saraí Corral Frías

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Agradecimientos

Dedicado a la memoria de mi abuelo Rafael Morales Montoya

Gracias a Dios por todo

Principalmente a mis padres, mis dos motores, Heriberto y Jesusita, absolutamente por todo su apoyo, por su grandeza, no me alcanzará la vida para pagarles todo lo que hacen por mí y por todo su amor incondicional, eternamente agradecido,

A mis hermanos, Tatiana, Heriberto y Marbel por nunca dejarme abajo, estar para mí siempre que lo necesitaba, por estar siempre al pie del cañón de corazón muchas gracias,

A mis sobrinos Heribertito, Valeria, Sebastián, especialmente a mi sobrina Paulina por su amor y por todo el apoyo,

A mi tío Cuitláhuac, por el enorme apoyo brindado, por siempre estar al pendiente de mí y por la confianza que depositó en mí, siempre estaré agradecido de todo corazón con usted,

A mis profesores, especialmente a la Dra. Norzagaray por todo el apoyo académico y emocional brindado, por las enseñanzas, orientación y lindas atenciones durante todo este largo proceso, nuevamente muchas gracias, la mejor tutora que me pudieron asignar,

Dr. Zayas, por la importante retroalimentación, el apoyo brindado, y por mostrarme el encanto de la metodología cualitativa,

Dra. Corral, por formar parte de mi comité, por su enorme disposición a apoyarnos siempre regalándonos consejos y recomendaciones valiosas para ser mejores investigadores,

Dra. Raquel, por aceptar ser parte del comité, por sus valiosas atenciones y por su cálido recibimiento en ITSON,

Dr. Tapia, por todo el apoyo que brindó a los estudiantes de posgrado de psicología para
que todo esto sea posible,

A mis compañeros de posgrado con los que compartí risas y momentos muy divertidos, y
aunque fue breve, a los compañeros de ITSON por su gran hospitalidad y cálido
recibimiento,

A Alma Nereyda por su excelente disposición y amabilidad para apoyarnos siempre,

A Amin, Gabriela, Lalo, Maritza, Paola, Rodrigo, Santi, Santos y Yesenia, mis amigos y
mis hermanos, por acompañarme en todo este proceso, por su valioso apoyo incondicional,
por siempre estar cuando más los necesitaba, por su enorme cariño, por considerarme en
todos sus planes, por ser los mejores, por todos estos años, de corazón muchas gracias,

Agradecimientos especiales al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y a la
Universidad de Sonora por todo el apoyo brindado para la realización de este proyecto.

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Capítulo 1. Planteamiento del Problema	10
1.1. Conceptualización del sobrepeso y obesidad y sus efectos en la salud	10
1.2. Antecedentes de adherencia al tratamiento	12
1.3. Adherencia al tratamiento y obesidad en adultos	14
1.4. Objetivo general	17
1.4.1. Objetivos específicos	17
1.4.2. Preguntas de Investigación	17
1.5. Justificación	18
Capítulo 2. Marco Teórico Referencial	20
2.1. Adherencia al tratamiento	20
2.2. Motivos	21
2.3. Barreras Percibidas	25
2.4. Tratamientos Nutricionales	29
2.5. Relación médico-paciente	31
Capítulo 3. Metodología	35
3.1. Enfoque y método de investigación	35
3.1.1. Investigación Cualitativa	35
3.1.2. Método Fenomenológico	35
3. 2. Participantes	39
3.3. Técnica de recolección de información: la entrevista semiestructurada	40
3.4. Procedimiento	42
3.5. Procedimiento de análisis fenomenológico e inductivo	43
Capítulo 4. Resultados	46
4.1. Descripción antropométrica de los participantes y estado del tratamiento	47
4.2. Adherencia al Tratamiento Nutricional	48
4.3. Motivos para la adherencia al tratamiento	50
4.3.1. Motivos para iniciar el tratamiento.	51
4.3.2. Motivos para mantener el tratamiento	54

4.4. Barreras Percibidas	57
4.5. Tipos de Relación Médico-Paciente	60
4.5.1. Interacción Comunicativa Unilateral Apropiaada.....	60
4.5.2. Interacción Comunicativa Bilateral Apropiaada.....	62
4.5.3. Interacción Comunicativa Unilateral Inapropiada	63
Capítulo 5. Discusión.....	66
5.1. Conclusiones generales del estudio	66
5.2. Limitaciones del estudio y prospectiva.....	70
5.3. Implicaciones prácticas del estudio	70
Referencias bibliográficas.....	72
ANEXOS	84
Anexo 1.....	84
Anexo 2.....	85

Resumen

La obesidad tiene un gran impacto en la salud debido a que incrementa el riesgo de padecer diabetes tipo 2 y afecciones cardiacas, las cuales son las principales causas de muerte en México. Sumado a esto, la falta de adherencia a los tratamientos nutricionales representa un importante problema que contribuye a agravar los índices de morbilidad y mortalidad. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue analizar los motivos, barreras percibidas y la relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento nutricional de personas adultas con sobrepeso y obesidad. Se empleó un estudio de corte cualitativo empleando un método fenomenológico con enfoque inductivo. Se utilizó la entrevista semiestructurada para la recolección de datos, y el software ATLAS.ti versión 7 para el análisis y organización de la información. En los resultados se encontró que la adherencia es manifestada principalmente como un aprendizaje de nuevos hábitos alimentarios. Los principales motivos expresados para iniciar y mantener el tratamiento fueron: *Insatisfacción con el aspecto físico corporal*, y *Recibir elogios*, respectivamente. La principal barrera identificada fue: *Hábitos alimentarios poco saludables de la familia*. En el caso de la relación médico-paciente, se identificaron tres tipos de interacción: *Interacción Comunicativa Unilateral Apropiaada*, *Interacción Comunicativa Bilateral Apropiaada*, e *Interacción Comunicativa Unilateral Inapropiaada*. Se sugiere que, para mejorar la adherencia al tratamiento, sería conveniente que el nutriólogo adopte un rol de educador.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, Motivos, Barreras, Relación Médico-Paciente, Sobrepeso, Obesidad.

Abstract

Obesity has a great impact on health since it increases risk for diabetes and heart diseases, which are the leading causes of death in Mexico. Moreover, the lack of adherence to nutritional treatments represents an important problem, which aggravates morbidity and mortality rates. Given the importance of this phenomenon, the objective of the present investigation was to analyze motivation, perceived barriers and doctor-patient relationship to adherence to the nutritional treatment of overweight and obese adults. To achieve this objective, a qualitative study was conducted using a phenomenological method with an inductive approach. A semi-structured interview was used for collect data. Data was organized and analyzed using the ATLAS.ti version 7. The results show, that adherence is manifested as a learning lifestyle habits. The main reasons expressed to initiate and maintain the treatment were dissatisfaction with theirs body's physical appearance and receiving praise respectively. The main barrier to continue treatment was unhealthy family eating habits. Three types of doctor-patient relationship were identified appropriate unilateral communicative interaction, appropriate bilateral communicative interaction, and inappropriate unilateral communicative interaction. The results suggest that, in order to improve adherence to treatment nutritionist should adopt an educator role.

Key words: Adherence to treatment, motivations, barriers, doctor-patient relationship, overweight, obesity.

Introducción

La falta de adherencia a los tratamientos nutricionales representa un problema para los pacientes con sobrepeso u obesidad debido a que se incrementa la probabilidad de desarrollar una patología crónica asociada, como la diabetes mellitus 2 y las afecciones cardíacas, que son las principales causas de muerte en México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015). Abordar este tema desde un enfoque cualitativo y fenomenológico resulta interesante, debido a que permite comprender las experiencias y percepciones de las personas que vivencian un tratamiento, a partir de interpretar y darle voz a lo que ellos sienten y, por consiguiente, se llega a una aproximación del fenómeno desde sus experiencias.

Además, identificar los motivos que las personas manifiestan para iniciar y mantener un tratamiento nutricional es importante para entender que las impulsa a llevar a cabo un cambio de hábitos y mantenerlo. De igual forma, saber cuáles son las barreras que las personas refieren como obstáculos para su tratamiento, permite que se puedan tomar acciones para minimizarlas.

Conocer la interacción que se da entre el nutriólogo y el paciente durante las sesiones, puede dar pie a una mayor comprensión de la adherencia, ya que se considera un elemento imprescindible para este fenómeno. Por lo tanto, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los motivos, barreras y relación médico-paciente que las personas con sobrepeso y obesidad manifiestan respecto a la adherencia al tratamiento nutricional?

El primer capítulo de esta investigación aborda el tema del sobrepeso y la obesidad como un problema de salud pública, presentando datos de epidemiología a nivel mundial, nacional y local y sus efectos en la salud. Además, se presentan antecedentes de adherencia al tratamiento y las formas en que se ha abordado.

En el capítulo dos, se presenta el marco teórico donde se hace una revisión de la literatura, conceptos y antecedentes sobre la adherencia al tratamiento, motivos, barreras percibidas, tratamientos nutricionales, y la relación médico-paciente. Además, se muestra la información de manera estructurada a través de un modelo organizativo producto del análisis teórico de dichas categorías de estudio.

En el capítulo tres, se describe el diseño y orientación metodológica, la delimitación del estudio, la técnica empleada, el tipo de muestra, el procedimiento de aplicación y análisis de datos.

En el capítulo cuatro, se presentan los resultados del estudio donde se plasman las interpretaciones a partir de la información obtenida durante las entrevistas. Las categorías obtenidas fueron: adherencia al tratamiento, motivos para el inicio y el mantenimiento del tratamiento, barreras percibidas, relación médico-paciente y las características de la relación médico-paciente que facilitan e interfieren con la adherencia al tratamiento.

El capítulo cinco, muestra las conclusiones generales, se describen algunas implicaciones prácticas que se pueden derivar del estudio, las limitaciones que se presentaron y sugerencias para futuras investigaciones en el tema.

Capítulo 1. Planteamiento del Problema

El presente capítulo expone a la obesidad y al sobrepeso como un problema de salud pública que afecta a la población adulta. Además, se presenta a la adherencia al tratamiento nutricional como un factor que permite la prevención de enfermedades asociadas con la obesidad, y la promoción de los hábitos alimentarios saludables. De igual forma, este capítulo plantea la relevancia de estudiar la adherencia desde un enfoque cualitativo.

1.1. Conceptualización del sobrepeso y obesidad y sus efectos en la salud

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal y excesiva de grasa corporal que afecta a la salud. Esto es provocado por un desequilibrio calórico entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas. Para su diagnóstico se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros. De esta manera cuando el IMC resulta igual o superior a 25, se clasifica como sobrepeso y cuando el rango es igual o superior a 30 como obesidad (OMS, 2016). Otro indicador para detectar los posibles riesgos de salud relacionadas con la obesidad es la circunferencia de la cintura (Secretaría de Salud, 2015).

La obesidad presenta riesgos importantes en la salud de las personas. Entre los principales riesgos asociados al exceso de grasa corporal, se menciona a las enfermedades crónicas no transmisibles tales como la diabetes tipo 2, hipertensión, afecciones cardíacas, apoplejías, complicaciones en la vesícula biliar, fatiga crónica, asma, apnea obstructiva del sueño y algunas formas de cáncer (Kauffer-Horwitz, Tavano-Colaizzi y Ávila-Rosas, 2001; Morales, 2010; Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo y Murayama, 2013; Baile y González, 2013; American Psychology Assosiation, 2017). De las previas enfermedades mencionadas,

la diabetes e hipertensión, son las principales causas de muerte en México, según reporta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015).

Debido a su gran influencia en la aparición de enfermedades, la Asociación Médica Estadounidense hizo oficial la clasificación de la obesidad como una enfermedad (Dailey, 2013). Por lo que resulta imprescindible prestar especial atención ante las graves implicaciones y consecuencias a la salud.

Respecto a datos epidemiológicos a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) informa que existen alrededor de 1900 millones de personas con sobrepeso y 650 millones con obesidad, y al respecto, cada año mueren aproximadamente 2.8 millones de personas a causa del sobrepeso y la obesidad. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2017) reporta que México posee una de las tasas más altas de sobrepeso y obesidad entre adultos, junto con Estados Unidos, Hungría y Nueva Zelanda.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016) evaluó a 8.275 adultos con sobrepeso y obesidad. Encontraron que al menos 7 de cada 10 adultos mayores de 20 años padece sobrepeso y obesidad, lo que representa un 72.5% respecto a la población nacional. Como se puede observar en la Figura 1, según datos estadísticos de ENSANUT (2000, 2006, 2012, 2016) desde el año 2000 hasta el 2016. Esto demuestra que hubo un importante incremento del 48.5% en sobrepeso y obesidad en adultos mayores de 20 años. A nivel local, Sonora posee un porcentaje combinado del 74 % de sobrepeso y obesidad (Secretaría de Salud Pública del estado de Sonora, 2016).

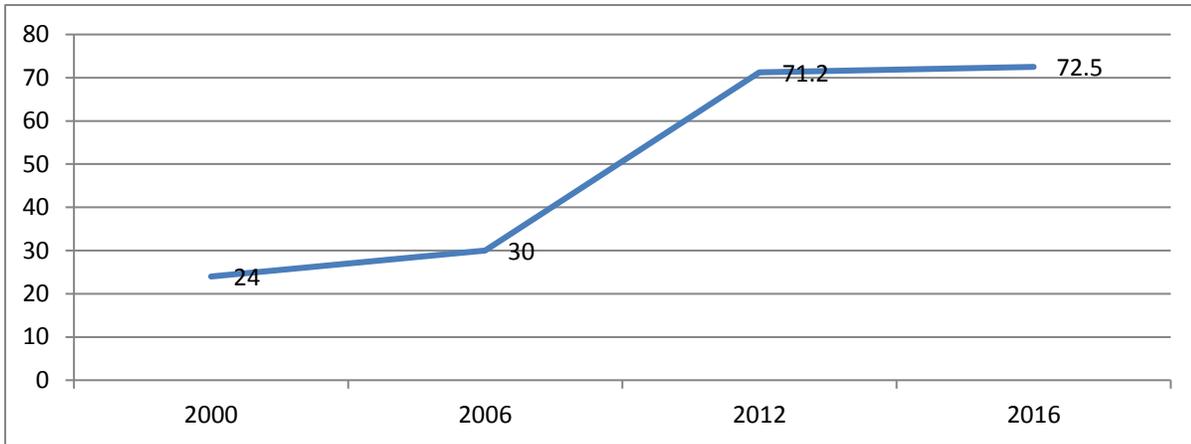


Figura 1. Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en México del 2000 a la actualidad (ENSANUT, 2016).

Barceló y Borroto (2001) refieren que la obesidad es multifactorial, y está ligada a una serie de hábitos poco saludables como el sedentarismo y la alimentación excesiva. En ese sentido, Campos y Romo (2014) mencionan que los hábitos alimentarios son procesos complejos relacionados con factores familiares, sociales y culturales que implican una serie de creencias y acciones que finalizan con la ingesta.

Para la modificación de estos hábitos, es indispensable que las personas logren adherirse al tratamiento nutricional. Para lograrlo, se requiere de intervenciones orientadas a la identificación de los factores que influyen en la conducta alimentaria, la promoción de prácticas saludables y la prevención de enfermedades asociadas con la obesidad.

1.2. Antecedentes de adherencia al tratamiento

A nivel conceptual, en los años setenta, se empleaba el término de “*cumplimiento*” para indicar el apego del paciente a las indicaciones del médico. Esto le dio una connotación paternalista al concepto, es decir, el paciente adoptaba un rol pasivo y solo acataba órdenes. En años recientes, el término de “*adherencia*” comenzó a usarse con mayor frecuencia y aceptación debido a que se consideró un término más adecuado y de mejor aplicación, dándole una connotación dinámica, donde el paciente posee un rol activo (Bissonnette,

2008; Robinson, Callister, Berry y Dearing, 2008; Ahmed y Aslani, 2014; Álvarez, Rosendo y Alchieri, 2015).

Al indagar sobre los antecedentes de adherencia al tratamiento nutricional relacionados con la obesidad, se ha encontrado que predominan los estudios en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión, las cuales son enfermedades crónicas frecuentemente asociadas con la obesidad. En ese sentido, lo más cercano al objeto de estudio, son aquellas investigaciones cuyo objetivo es identificar o determinar los factores que favorecen o entorpecen la adherencia al tratamiento en pacientes con estos padecimientos.

Entre los principales factores que favorecen la adherencia al tratamiento se mencionan: la educación nutricional en relación con los tipos de alimentos más saludables, las frecuencias de consumo y las pautas de la pirámide nutricional (Durá y Castroviejo, 2011), las intervenciones motivacionales (Martínez, Cedillo y Aranda, 2016; Tárraga, et al., 2014; Zambrano, Duitama, Posada y Flórez, 2012), involucrar al paciente en las decisiones terapéuticas (Torresani, Maffei, Squillance, Belén y Alorda, 2011), apoyo social (Arias, 2001), recibir un buen trato por parte del médico, ser monitoreado durante el tratamiento (Zambrano, et al. 2012), recibir información relacionada con la enfermedad, y tener disposición al cambio de hábitos (Moraga, 2005, Schmidt, et al. 2006).

En el caso de los factores que influyen en la falta de adherencia se ha encontrado el bajo conocimiento de la enfermedad (Schmidt, et al. 2006; Avila, Gómez, Yam, Vega y Franco, 2013; Alfonso, 2018), problemas para comprender las indicaciones terapéuticas (Vermeire, Van Royen, Coenen, Wens y Denekens 2003), poca confianza hacia el médico, situación económica desfavorable (Moraga, 2005), bajo nivel de escolaridad (Zambrano, et al., 2012), falta de tiempo (Troncoso, Delgado y Rubilar, 2013), y la ausencia de motivación para cumplir adecuadamente con la dieta (Alfonso, 2018).

De esta forma se puede observar que los estudios de adherencia abordan aspectos relacionados con los motivos para cumplir con el tratamiento, los obstáculos que interfieren con el mismo, y con el trato del médico hacia el paciente. Cabe aclarar que la mayoría de los estudios anteriormente citados están orientados a los pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión (Vermerie et al., 2003; Moraga, 2005; Schmidt, 2006; Ávila et al., 2013; Troncoso et al., 2013; Alfonso, 2018) y no siempre especifican el peso corporal del paciente (Zambrano, et al. 2012; Durá y Castroviejo, 2011).

De igual manera, se ha observado que la mayoría de estas investigaciones poseen un enfoque cuantitativo, sin embargo, nos ofrecen un panorama general acerca de cómo se ha estudiado el fenómeno de adherencia al tratamiento. En relación con lo anterior, se destaca que, así como se reconoce la importancia de la investigación cuantitativa por la posibilidad que ofrece para el control de los fenómenos y la amplia generalización de los datos (Ulloa, Gutiérrez, Nares y Gutiérrez, 2017), la metodología cualitativa es útil para profundizar la información por medio de la experiencia cotidiana, lo que brinda una mayor comprensión del fenómeno (Rodríguez, Gil y García, 1999). Alfonso (2004) afirma que la adherencia al tratamiento es un comportamiento humano, el cual es modulado por componentes subjetivos tales como las creencias, las percepciones y las experiencias. De ahí su relevancia para abordar el estudio desde un enfoque cualitativo.

1.3. Adherencia al tratamiento y obesidad en adultos

La adherencia al tratamiento es fundamental para que los pacientes tengan una mejor calidad de vida. Pese a ser un fenómeno que implica la participación tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes en tratamiento, la mayoría de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas durante todo el día de modo que la

responsabilidad y el compromiso de cumplir con ello, recae en el paciente (Oblitas, 2010; OMS, 2009, Ortiz y Ortiz, 2007; Alfonso y Grau, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) reporta que alrededor del 50 % de pacientes crónicos no logran adherirse al tratamiento. A pesar de ser un dato que solo toma en cuenta a las enfermedades crónicas, nos da idea general de la magnitud del problema.

Respecto a las consecuencias de una baja adherencia a los tratamientos, se menciona el incremento de la morbilidad y mortalidad. Además, se generan conflictos en diferentes áreas de la vida de los pacientes, donde se destaca la personal, la familiar y la social. En el área personal, se refieren complicaciones referentes a sufrimientos, frustraciones por no alcanzar los objetivos. El área familiar, implica problemas con la dinámica y funcionamiento familiar. En el área social, se menciona el aumento innecesario del gasto sanitario que se va acumulando por las recaídas (Alfonso, 2018).

Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán (2009), refieren que la falta de adherencia al tratamiento involucra importantes consecuencias en lo clínico y en lo económico. En cuanto a lo clínico, se menciona el empeoramiento de la enfermedad y dificultad en el diagnóstico y pronóstico; en lo económico, se destaca el aumento de los costes a los servicios de salud.

Como se describió anteriormente, existe un alto índice de sobrepeso y obesidad en los diferentes niveles de población, lo que representa un grave riesgo para la salud, incluso la obesidad ya ha sido catalogada como una enfermedad por la Asociación Médica Estadounidense (Dailey, 2013). Esto, debido a que el exceso de peso está altamente relacionado con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y afecciones cardiacas,

las cuales, son las principales causas de muerte en México (INEGI, 2015). Por lo tanto, la falta de adherencia a los tratamientos nutricionales implica un grave riesgo para la salud de los pacientes, debido a las complicaciones con las que se relaciona.

En estudios antecedentes, se puede apreciar que la adherencia se relaciona con tres elementos: los motivos, las barreras, y la relación médico-paciente. Estos tres factores se encuentran de manera implícita en este fenómeno dado el peso que posee cada uno de ellos. Así, algunos autores, como García y Morales (2015) refieren que trabajar con las motivaciones de las personas favorece ampliamente la adherencia; de igual manera, Barroso y Picón (2004) mencionan que no solo es importante conocer los motivos, sino que también es crucial analizar la naturaleza de las barreras que obligan a las personas a abandonar los tratamientos. Luhers, Geymonat, y Acuña (2015), señalan que es fundamental tomar en cuenta la relación médico-paciente para el estudio de la adherencia, debido a la influencia que posee el profesional de la salud en todo el proceso terapéutico.

En conclusión, podemos vislumbrar el alcance e impacto del sobrepeso y obesidad, y de los elementos relacionados al fenómeno de adherencia, para así poder gestionar estrategias y tomar acciones que logren reducir dicha problemática, por lo que surge la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los motivos, las barreras percibidas, y la relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento nutricional de personas adultas con sobrepeso y obesidad?

1.4. Objetivo general

Analizar los motivos, las barreras percibidas, y la relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento nutricional de personas adultas con sobrepeso y obesidad.

1.4.1. Objetivos específicos.

1. Explorar las experiencias relacionadas con la adherencia al tratamiento nutricional de personas adultas con sobrepeso y obesidad.
2. Identificar los motivos para iniciar y mantener el tratamiento nutricional de personas adultas con sobrepeso y obesidad.
3. Identificar las barreras que dificultan la adherencia al tratamiento nutricional de personas adultas con sobrepeso y obesidad.
4. Describir las características de la relación médico-paciente que facilitan o interfieren en la adherencia al tratamiento de personas adultas con sobrepeso y obesidad.

1.4.2. Preguntas de Investigación.

1. ¿Cuáles son las experiencias relacionadas con la adherencia al tratamiento nutricional manifestadas por los participantes?
2. ¿Cuáles son los motivos para iniciar y mantener el tratamiento nutricional referidos por los participantes?
3. ¿Cuáles son las barreras que dificultan la adherencia al tratamiento nutricional percibidas por los participantes?
4. ¿Cuáles son las características de la relación médico-paciente que facilita o interfiere en la adherencia al tratamiento?

1.5. Justificación

El propósito de analizar los motivos, las barreras percibidas, y la relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento nutricional de personas adultas con sobrepeso y obesidad, es generar conocimientos que brinden una mayor comprensión del fenómeno a partir de las experiencias y percepciones de los pacientes, lo cual ayudaría a entender cómo es que ellos se adhieren al tratamiento, o porque llegan a abandonarlo.

Identificar las razones para adherirse a las indicaciones médicas, así como los factores que interfieren en él, permite adecuar estrategias que respondan a las demandas e intereses del paciente. A su vez, ofrece la oportunidad de crear estrategias de salud orientadas a la prevención de factores de riesgo que pueden desembocar en enfermedades crónicas (Castañeda, Zagalaz, Arufe, y Campos, 2018; Rubio y Varela, 2016).

Del mismo modo, describir las características de la relación médico-paciente permite conocer las propiedades de la interacción, lo que, a su vez, es útil para comprender que factores son los que favorecen o interfieren en la adherencia al tratamiento. Sumado a esto, la relación médico-paciente, es considerada como el pilar fundamental de la práctica profesional de la salud (Celedón, 2016)

Como parte de las aportaciones de los resultados de esta investigación, se pretende generar antecedentes para el estudio de adherencia al tratamiento nutricional, específicamente, en adultos con sobrepeso y obesidad sin comorbilidad. Lo anterior, debido a la poca investigación al respecto, puesto que gran parte de estos, se centran en tratamientos de enfermedades crónicas, por lo que otra aportación importante, sería que, el producto de esta investigación pueda ser útil para que los profesionales de la salud puedan atender la problemática a un nivel preventivo por medio de la promoción de hábitos alimentarios saludables.

Las personas beneficiadas pueden ser tanto los profesionales de la salud como los pacientes que llevan un tratamiento nutricional, puesto que los primeros podrían tener una mejor comprensión del fenómeno y esto ayudaría a desarrollar estrategias y planificar el tratamiento de una manera más adecuada que se ajuste a las necesidades de los pacientes, los cuales podrán adquirir herramientas y habilidades para mejorar su adherencia. Por lo que, llevar a cabo esta clase de investigaciones, orientadas a las experiencias de salud puede ser valiosa para la elaboración de nuevos programas de salud en contextos sensibles como el tema de prevención de enfermedades.

Como menciona De la Cruz (2017) estudiar en las experiencias ofrece la posibilidad de guiar al descubrimiento de comportamientos básicos, actitudes y percepciones que tienen un efecto en la salud, lo que resulta útil para explicar el éxito de las intervenciones. Además, puede facilitar la comprensión de problemas de salud pública al explorar, documentar e interpretar el significado que las personas asignan a todos aquellos acontecimientos y fenómenos que le rodean en su vida cotidiana, en este caso, sobre la adherencia al tratamiento nutricional.

Capítulo 2. Marco Teórico Referencial

2.1. Adherencia al tratamiento

El fenómeno de adherencia al tratamiento ha tenido diferentes conceptualizaciones, algunos autores lo definen como el grado en que la conducta o comportamiento de un paciente corresponde con las instrucciones proporcionadas por el profesional de la salud (Haynes, Taylor y Sacket, 1979). Por otra parte, Di Matteo y Di Nicola (1982) lo definen como una colaboración voluntaria, activa y de mutuo acuerdo del paciente hacia las prescripciones otorgadas por el médico, en un curso de comportamiento aceptado, con el objetivo de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Conceptos más recientes sugieren que la adherencia al tratamiento es un proceso voluntario dirigido a promover la salud, así lo refieren Alfonso y Grau (2004) que lo definen como una conducta moderada por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tiene sobre su propia enfermedad, su motivación para recuperar la salud o para adaptarse a su enfermedad, sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos (i. e. voluntad).

Así mismo, en concordancia con el concepto de Di Mateo y Di Nicola, los investigadores Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, Varela (2006) definen la adherencia al tratamiento como una colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener mejores condiciones de salud y calidad de vida, y que no se limita al cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud.

Otros conceptos recientes de adherencia tienen una definición que va orientada a una correspondencia entre las recomendaciones brindadas por el prestador de servicios de salud y las acciones de salud que realiza el paciente. La OMS (2004) define adherencia al tratamiento como el cumplimiento del paciente a las recomendaciones y prescripciones

brindadas por el médico, así como la persistencia en la toma de medicamentos a lo largo del tiempo. Siguiendo esta línea, Piña y Sosa (2007) definen este fenómeno como la frecuencia en que los usuarios cumplen con los comportamientos relacionados con la administración de medicamentos, consumo de alimentos y evitar el uso de sustancias adictivas.

De los conceptos expuestos anteriormente, el presente estudio toma como concepto base la definición propuesta por Holguín y colaboradores, debido que, a diferencia de la definición de Di Matteo y Di Nicola (1982), posee aspectos más específicos al mencionar una colaboración proactiva y voluntaria del paciente con relación al tratamiento proporcionado por el médico, con el propósito de mejorar su calidad de vida y que no se limita a tomar un rol pasivo. Por lo tanto, esta última definición resulta ser la más adecuada para las intenciones de esta investigación, ya que se centra en el punto de vista del paciente que participa de manera activa en su tratamiento nutricional.

Como refieren Furlong, Gljzer, Wechsler, Rossetti, Zappone y Fortunato (2016), la adherencia al tratamiento nutricional está fuertemente condicionada por los motivos del paciente, de modo que, para iniciar y mantenerse en tratamiento, es necesario que el paciente se encuentre constantemente motivado para poder cumplir con las indicaciones médicas. En el siguiente apartado, se muestran conceptos, algunos estudios y un modelo de salud que ha abordado el constructo de motivos.

2.2. Motivos

Carr (citado en Keller, 2016) define al motivo como un estímulo, que, en cierta medida, persiste y domina la conducta del individuo hasta que este reacciona, de modo que ya no se ve afectado por tal estímulo. Lo identifica como *necesidad orgánica, tendencia o impulso*, o, en otras palabras, *el querer hacer para un fin determinado*. Por lo que cualquier estímulo insistente o dominante puede ser considerado como motivo.

Dicho autor refiere que toda conducta implica un estímulo motivante, una situación sensorial y una respuesta que altera dicha situación. El estímulo motivante es un agente, que provoca una reacción; la situación sensorial, es el medio por el cual el individuo reaccionará. De esta forma, un organismo reacciona como un todo, mientras trata de adaptarse al contexto, es decir, la conducta adaptativa implica una respuesta que cambia la situación sensorial y satisface las condiciones motivantes.

La motivación es un proceso que requiere de un propósito que estimula y orienta la acción para lograr una meta. Implica actividad física y mental. La actividad física se entiende como el hecho de realizar acciones manifiestas como la persistencia; y la actividad mental, incluye acciones cognitivas, como planificación y toma de decisiones. Estas acciones deben ser sostenidas en el tiempo dado que la mayoría de las metas son a largo plazo (Del Campo, 2012).

Barberá (1997) clasifica las teorías de motivación en activas y reactivas. En el primer caso, el sujeto es un agente causal de sus propias acciones donde la motivación es una actividad que por lo general se expresa espontáneamente. A su vez, el comportamiento motivado es llamado *propositivo* debido a que se estructura en base a planes, metas y objetivos. En el segundo caso, se hace referencia a que las acciones del sujeto responden a cambios en determinadas situaciones para satisfacer una demanda, de modo que la motivación se inicia ante una alguna emoción, una necesidad biológica o psicológica y estímulos externos.

Siguiendo con esta línea, Vallerand (1997) habla sobre dos tipos de motivación, el primero se denomina motivación intrínseca y hace alusión a que el comportamiento trabaja en función de experimentar placer y satisfacción al realizar las actividades de interés. El segundo, es denominado, motivación extrínseca, y menciona que el comportamiento busca

lograr objetivos, siempre y cuando, exista una recompensa de por medio. Además, refiere que ambos tipos de motivos, en conjunto, involucran un alto nivel de motivación.

Uno de los principales modelos para estudiar la adherencia al tratamiento y que basa sus elementos en la *motivación*, es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. Este modelo surge de los análisis comparativos realizados sobre los puntos de separación y acuerdo en el área de la psicoterapia, y de la existencia de evidencia a favor de los diversos sistemas psicoterapéuticos. Se centra en la efectividad de los procesos de cambio del comportamiento.

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (Flórez, 2007), hace una propuesta de secuenciación de etapas fundamentada en la prospección temporal o plazos que la persona se fija para iniciar el proceso de cambio, plazos que se fijaron a partir del análisis del proceso que sigue la reducción de la enfermedad. Se conceptualiza como un proceso espiral, donde el sujeto avanza y recae constantemente hasta que ocurre el cambio.

La secuencia de etapas:

1. **Precontemplación:** La persona no tiene la intención de cambiar la conducta en un plazo inferior a 6 meses. En esta etapa se concientiza al sujeto del problema y la necesidad de modificar la conducta.
2. **Contemplación:** La persona se propone a cambiar dentro de los próximos 6 meses. Es consciente de su problema y sobre las ventajas y desventajas del comportamiento. Aun no hace el cambio.
3. **Determinación o preparación:** La persona intenta cambiar la conducta, pero de forma poco efectiva frente al problema.
4. **Actuación o acción:** La persona ya ha empezado el cambio, pero sin cumplir los 6 meses. Se logra observar la modificación de la conducta del sujeto.

5. Mantenimiento: La persona lleva 6 meses continuos persistiendo en el cambio. Se trata de prevenir las recaídas y consolidar las ganancias logradas.
6. Terminación: La persona ha adoptado permanentemente el comportamiento deseable. Implica máxima autoconfianza y mínima o nula recaída.

Los procesos experienciales de cambio según el modelo Transteórico, a) Aumento de la conciencia. El sujeto intensifica el proceso de información en relación con las consecuencias de la conducta excesiva y como modificarla; b) Alivio por dramatización. Se experimenta y se expresan las reacciones provocadas por la observación o advertencia de los aspectos negativos; c) Liberación social. El sujeto ve aumentado su capacidad para decidir y escoger, toma conciencia de la representación social de la conducta excesiva; d) Autoevaluación. El sujeto hace una valoración afectiva del impacto de la conducta excesiva sobre sus principios; y e) Reevaluación del entono. El sujeto hace una valoración de su estado actual ante sus relaciones interpersonales y del cómo han influido en la conducta excesiva y el reconocimiento de las consecuencias positivo que logran modificar el hábito adictivo. Mientras que los procesos conductuales, básicamente se refieren a los siguientes cinco:

a) Autoliberación. Representa un compromiso personal, que incrementa la capacidad al sujeto para decidir y elegir. Se caracteriza por la autoeficacia percibida por el sujeto; b) Manejo de contingencias. Estrategia conductual que aumenta la posibilidad de que ocurra cierta conducta. Se caracteriza por el auto o hetero-refuerzo de la conducta; c) Control de estímulos. Se reestructura el ambiente físico y/o social para reducir significativamente la posibilidad de recaídas; d) Contracondicionamiento. Trata de modificar la respuesta del sujeto ante los estímulos condicionados asociados a las conductas excesivas, con el fin de cambiar a respuestas de conducta alternativas; e) Relaciones de

ayuda. Se enfatiza la utilidad del apoyo social para facilitar el proceso de cambio de conducta del sujeto

En relación con estudios sobre motivación, Daw, De la Torre, Seañez, Rentería y Duarte (2016) identificaron los motivos para que las personas hagan o no ejercicio. Detectaron que mejorar la salud y el gusto fueron los principales motivos para llevar a cabo un cambio de hábitos saludables. En otro estudio, Mollinedo, Ortiz, Araujo, y Balderas (2013), investigaron a estudiantes universitarios para indagar cuáles eran los motivos para realizar ejercicio. Encontraron que la salud, la diversión, pasar el tiempo, el gusto y estética, fueron los principales motivos para comenzar a hacer ejercicio.

Se puede apreciar como el concepto de *motivos* ha sido definido como un estímulo o un incentivo para cumplir alguna demanda emergente del organismo para satisfacer alguna necesidad. También sobre cómo algunos estudios destacan la importancia de este constructo en los tratamientos nutricionales.

Finalmente, tenemos a las *barreras percibidas*, que representan todos aquellos obstáculos que impiden o interfieren en el proceso de adquisición de hábitos alimentarios saludables. En el siguiente apartado se definen las *barreras percibidas* y un modelo de salud utilizado para explicarlas.

2.3. Barreras Percibidas

Antes de abordar el constructo de *barreras* es necesario definir el significado de *percepción*. Vargas (1994) refiere que el término de *percepción* es muy similar al de *creencias* y hace la distinción de que el primero se antepone al segundo. El citado autor, lo define de la siguiente manera:

Mediante referentes aprendidos, se conforman evidencias a partir de las cuales las sensaciones adquieren significado al ser interpretadas e identificadas como las

características de las cosas, de acuerdo con las sensaciones de objetos o eventos conocidos con anterioridad. Este proceso de formación de estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte, de manera implícita y simbólica en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad (Vargas, 1994, p. 47).

Villacrés (2017) define a las barreras percibidas como factores que interfieren, directa o indirectamente, con las conductas saludables, y que disminuye el compromiso con lo establecido en el tratamiento. Además, clasifica a las barreras como *estructurales* cuando son influenciadas por elementos externos y que afectan la habilidad percibida de una persona para llevar a cabo el cambio de conducta, tienen que ver con responsabilidades familiares, sociales, falta de accesibilidad económica o disponibilidad para realizar ejercicios. Las clasifica como barreras *personales*, cuando son influenciadas por elementos internos, tales como carencia de motivación o razones emocionales, entre otros.

Para Madariaga y Romero (2016), las barreras son factores que restringen, inhiben o limitan a las personas para llevar a cabo actividades relacionadas con el desarrollo humano.

Por otra parte, Orrego, Pérez y Alcorta (2009), refieren que las barreras son factores que impiden, de manera total o parcial, el cambio en la conducta del paciente, y que pueden referirse como falta de adherencia a las indicaciones profesionales.

Un modelo utilizado para explicar las conductas saludables y las barreras percibidas es el modelo de creencias en salud. El modelo de creencias en salud fue creado originalmente para explicar la falta de participación pública en programas de detección y prevención de enfermedades, y después adaptado para explicar comportamientos, como la respuesta ante la enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y prescripciones. Este modelo valora la subjetividad y las expectativas de la persona, tal valor

se traduce como el deseo de evitar la enfermedad y la creencia de que cierta acción logrará prevenir la enfermedad o mejorar la salud. Se basa principalmente en cuatro elementos:

a) Severidad percibida. Percepción de que la enfermedad puede ser grave y se debe tomar a consideración. Se refiere a las creencias que existen sobre la gravedad y las consecuencias clínicas y sociales sobre enfermar o no tratar la enfermedad. Por ejemplo: muerte, dolor, incapacidad, consecuencias en las relaciones sociales, familiares y laborales.

b) Susceptibilidad percibida. Percepción de que se es vulnerable o ante dicha enfermedad. Se refiere a como los individuos perciben la posibilidad a enfermar, partiendo desde la negación de enfermar hasta la aceptación de que existe cierto peligro.

c) Beneficios percibidos. Percepción de que cierta acción tendrá un efecto beneficio en su salud. Se refiere a que una acción específica puede hacer frente a la enfermedad.

d) Barreras percibidas. Son los factores percibidos por el individuo que obstaculizan la ejecución de la conducta saludable. Por ejemplo: costos, tiempos o dolor.

Estos aspectos suponen favorecer la adopción de una conducta saludable y de prevención. Este modelo menciona que la percepción individual es el principal elemento que determina el comportamiento en salud (Soto, Lacoste, Papenfus y Gutierrez, 1997; Moreno y Gil, 2003).

A continuación, se mencionan algunos estudios que han empleado el modelo anteriormente mencionado. Pérez, Soler y Morales (2016), buscaron determinar la adherencia al tratamiento y las creencias de salud de pacientes adultos hipertensos. Basándose en el modelo de creencias en salud, analizaron las variables de adherencia terapéutica, susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios y barreras percibidas. Encontraron que hay poca adherencia al tratamiento cuando los participantes no se sienten

vulnerables a la enfermedad, cuando no valoran la severidad de esta, y cuando las barreras superan los beneficios percibidos.

Córdoba, López y Bautista (2012), estudiaron las creencias de salud de adultos con diabetes apoyándose en la teoría fundamentada y el modelo de creencias en salud. Se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada. Y se encontró que las creencias relacionadas con la causa de la enfermedad son atribuidas a las situaciones de estrés, hábitos antes de la aparición de la enfermedad y por designios divinos; para sentirse apoyados para controlar su enfermedad los participantes referían necesitar tratamientos alternativos y la fe en su religión; el ejercicio físico lo creen necesario solo para las personas con obesidad, y la alimentación resulta ser una limitante porque manifiestan que afectan sus relaciones sociales al sentirse excluidos. Estas creencias sugieren que los pacientes del estudio tienen poca adherencia al tratamiento.

Montiel y Domínguez (2011), evaluaron variables psicosociales asociadas a la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, explorando cualitativamente las variables de susceptibilidad percibida, severidad percibida, barreras percibidas, beneficios percibidos, autoeficacia y señales para la acción. Se encontró que la adherencia varía en función de las creencias, percepciones y experiencias relacionadas con su enfermedad, de modo que consideraban importante cumplir con el medicamento, pero no se adherían a la dieta ni al ejercicio físico porque no lo percibían lo suficientemente necesario. Los participantes manifestaron que los factores económicos disminuían sus opciones de apoyo social, lo que reducía la adherencia al tratamiento.

Con base a lo anterior, se puede inferir que las barreras percibidas son factores que interfieren en el cumplimiento de los objetivos de salud del paciente. Además, los estudios han demostrado que las creencias y percepciones relacionadas con la enfermedad pueden

predecir, en cierta medida, si los pacientes logran adherirse al tratamiento, y existía una mayor probabilidad de adherirse cuando los beneficios percibidos superaban a las barreras percibidas y viceversa. Por tanto, se espera que los prestadores de servicios de salud enfoquen sus esfuerzos en ajustar las estrategias para intervenir en cada paciente de modo que ayuden a atenuar dichas barreras.

2.4. Tratamientos Nutricionales

Los tratamientos nutricionales son aplicaciones de la ciencia nutricional para la promoción de la salud, mejoramiento del rendimiento físico, prevención de enfermedades y el cuidado individual. Se emplean para evaluar e identificar los potenciales desbalances nutricionales y entender cómo es que afectan o alteran la salud. Tienen el propósito de mejorar el balance nutricional, el bienestar del individuo y el mantenimiento de la salud (British Association for Applied Nutrition & Lifestyle Medicine, s.f.).

Un tratamiento nutricional involucra una serie de factores psicológicos que, vista desde una perspectiva fenomenológica, pueden ser entendidos como todas aquellas experiencias y vivencias asociadas con las conductas y hábitos que las personas poseen en relación con sus prácticas alimentarias, dieta y actividad física. La conducta de la persona con obesidad puede definirse como un individuo de poca estructura en sus hábitos de alimentación, con atracones, con problemas emocionales relacionados con la comida, que come a lo largo de todo el día, que no realiza suficiente ejercicio y que aprendió a reducir su ansiedad al comer. Sin embargo, aún no se establece claramente la relación exacta entre obesidad y psicopatología, es decir, no se determina si el sobrepeso precede a la psicopatología, si la psicopatología precede al sobrepeso o si la relación es recíproca (Rivera, et al., 2013).

Un elemento importante relacionado con los tratamientos nutricionales es la dieta. La Real Academia Española (2017) tiene tres definiciones para este término, la primera hace referencia a un régimen establecido por un especialista con fines de salud; la segunda, lo explica como toda sustancia que se consume como alimento; la tercera, y probablemente más popular, es definida como una restricción de los alimentos.

Uribe (2006) menciona que los principales factores que se toman en cuenta en las prácticas alimentarias son: las cantidades de alimento que se consume, las calidades nutricionales, las preparaciones, formas de consumo y los horarios de comida. Otro elemento que se considera importante en los tratamientos nutricionales es el comportamiento sedentario, que no solo se refiere a la inactividad física sino al conjunto de comportamientos que requieren un consumo mínimo de calorías, como estar sentado o acostado. Este comportamiento tiene consecuencias negativas para la salud ya que incrementa el riesgo de obesidad y enfermedades crónicas (Bonvecchio, Fernández-Gaxiola, Belauseguigoitia, Kaufer-Horeitz, Pérez, Rivera, 2014).

Por ello, los tratamientos nutricionales resultan ser una gran herramienta para intervenir en el estado nutricional del paciente y mejorar sus hábitos alimentarios e identificar cuáles son aquellos que representan un riesgo para su salud. Sin embargo, el éxito del tratamiento nutricional también depende de la forma en que el especialista interactúe con el paciente, y de la forma en como este último perciba dicho trato.

En el siguiente apartado se aborda el concepto de la relación médico-paciente, antecedentes de estudios, y, a grandes rasgos, se mencionan algunos modelos que explican los tipos de relación.

2.5. Relación médico-paciente

La relación médico-paciente puede ser significativa para el cambio y mantenimiento de la conducta deseada (Álvarez y Barra, 2010). Sánchez y Contreras (2014) mencionan que la interacción médico-paciente debería ser una relación profesional y de respeto mutuo, donde intervienen dos personas con diferentes personalidades, niveles culturales y estados afectivos. También, refieren que para el éxito de esta interacción dependerá de la capacidad del médico para manejar la atención, tener un trato afectuoso, y para satisfacer los objetivos del enfermo.

Existen varias definiciones de la relación médico-paciente, de las cuales destacan las siguientes:

Para Rodríguez (2006), la relación médico-paciente se puede definir como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud.

Laín (1969) define a la relación médico-paciente de la siguiente manera: “El libre contrato entre dos personas o por las ordenanzas de una organización asistencial, la vinculación entre el médico y el paciente tiene como fundamento, cuando es correcta, la amistad entre ellos; más precisamente, un modo de la amistad (la «amistad médica») en el cual uno de los amigos, el médico, pone su voluntad de ayuda técnica, y el otro, el enfermo, su menesterosa confianza en la medicina y en el médico que le atiende” (Pág. 149).

Pattakou-Parassiri y Nestoros (2007) destacan la importancia de la calidad en la relación médico-paciente, afirmando que una buena comunicación entre ambas partes es fundamental para obtener mejores resultados en el tratamiento.

Facchini (2004) menciona que los pacientes que padecen enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes e hipertensión arterial, entre otras, requieren de tratamientos

prolongados, por lo tanto, es indispensable el establecimiento de un vínculo entre el paciente y el terapeuta, donde predomine la reciprocidad, el diálogo terapéutico, las responsabilidades compartidas y un mutuo acuerdo.

La relación médico-paciente es el eje central del cualquier tratamiento. Es una relación dialógica en la que el conocimiento de ambas partes sobre la enfermedad se toma en cuenta para planear la intervención. Se forman valores y actitudes que permitan entablar una relación igualitaria en donde los pacientes son conscientes de su derecho a la información, a la autonomía y no aceptan a quienes los atienden con actitudes paternalistas y autoritarias, mientras que los profesionales de la salud adoptan un rol de educador que hacen intervenciones integrales, humanizadas y orientadas a la comprensión del paciente como persona (Ospina, 2008).

Entre los principales modelos de la relación médico-paciente, Arrubarrena (2011) hace una breve mención de los siguientes:

- a) *Modelo paternalista*. El médico asume un rol autoritario y el paciente toma una actitud pasiva. El médico dirige las acciones y procedimientos que considera mejor para el paciente con el fin de garantizar su salud y bienestar. El paciente se limita a acatar las instrucciones.
- b) *Modelo dominante*. En este modelo el paciente toma un rol dominante, El enfermo pide o exige que le realicen determinados procedimientos a partir de conocimientos previos.
- c) *Modelo de responsabilidad compartida*. Se plantea una buena comunicación entre ambas partes y la familia. Se aclaran dudas y se proporciona información sobre diagnóstico, tratamiento, pronóstico y posibilidad de complicaciones. Se considera como el modelo ideal.

d) *Modelo mecanicista*. En este modelo la atención estaba en función de las disposiciones administrativas de la institución que llegan a ser estrictas con protocolos rígidos, y el paciente no siempre es atendido por el mismo médico.

Participantes de una reunión de Ginebra sobre Adherencia Terapéutica de la OMS en 2001 señalaron que la relación médico-paciente debe ser una asociación que recurra a las capacidades de ambas partes. La calidad de la relación del tratamiento se ha identificado como un determinante importante en la adherencia al tratamiento, de modo que, una relación efectiva se caracteriza por la creación de una atmósfera cálida, en la cual, se planifican las estrategias a seguir y el seguimiento del caso (OMS, 2004).

Soria, Vega, Nava y Saavedra (2011) evaluaron la adherencia al tratamiento en adultos enfermos crónicos, así como la relación establecida con los médicos, donde se concluyó que los pacientes de la muestra que recibían información para controlar su enfermedad presentaron mayor adherencia al tratamiento. También, otro dato interesante que arrojó la investigación fue que se encontró que los pacientes que asistían a una institución de salud pública tenían mayor adherencia al tratamiento que los que asistían a instituciones privadas, esto debido a los costos de atención, sin embargo, algunos pacientes consideran que el trato de los médicos es mejor en el sector privado.

Koch, Montero, Escalante, D'Orazio y Benítez (2009), examinaron la influencia de la relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento de adultos con enfermedades como diabetes, trastornos cardiovasculares, cáncer, padecimientos respiratorios y gastrointestinales. Se obtuvo que, cuando el paciente percibe un trato personalizado, con toma de decisiones compartidas con el médico, en un ambiente de empatía y calidez humana se incrementa la adherencia al tratamiento. Concluyeron que existe una alta asociación entre la relación percibida por el paciente y su grado de satisfacción.

En este apartado se observó como la relación médico-paciente representa un factor fundamental para que el paciente logre cumplir sus metas y logre adherirse al tratamiento, o bien, que abandone el proceso de intervención.

A partir de la información anteriormente mencionada se elaboró un diagrama (ver Figura 2) para ilustrar el fenómeno de adherencia al tratamiento nutricional. Primeramente, se hace una relación bidireccional entre *adherencia* y *el tratamiento nutricional*, ubicando a *los motivos para iniciar el tratamiento*, *los motivos para mantener el tratamiento* y *las barreras percibidas*, dentro de esta relación, a su vez, dichos constructos se encuentran dentro de un contexto representado por *la relación médico-paciente*. El diagrama busca plasmar el proceso de adherencia al tratamiento nutricional, el cual, comienza con los *motivos para iniciar el tratamiento*, posteriormente, durante este curso, se presentan *los motivos para mantener el tratamiento*, y *las barreras percibidas*, este último entendido como los obstáculos que interrumpen dicho proceso. Este fenómeno se desarrolla dentro de un contexto donde se involucra *la relación médico-paciente*.

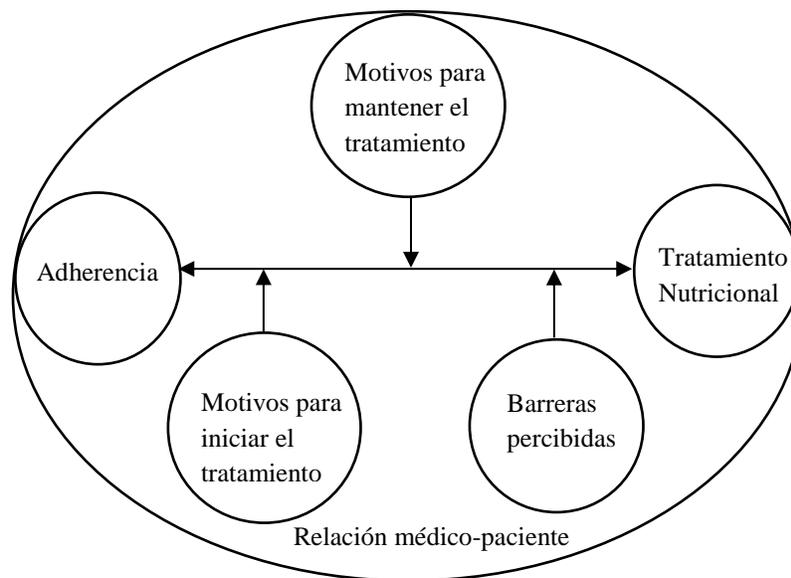


Figura 2. Diagrama conceptual de adherencia al tratamiento nutricional. Elaboración propia.

Capítulo 3. Metodología

3.1. Enfoque y método de investigación

3.1.1. Investigación Cualitativa.

La investigación cualitativa posee un enfoque inductivo, parte de lo particular a lo general, se centra en estudiar la realidad tal y como se encuentra en su contexto natural, los sentidos, las interpretaciones y la comprensión de los fenómenos desde el punto de vista de las personas implicadas. Este tipo de investigación tiene varios tipos de técnicas y materiales para recabar información, entre las cuales se pueden mencionar las entrevistas, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes y sonidos. También se encuentran diferentes métodos para abordar y delimitar el estudio tales como la etnografía, la teoría fundamentada, biografía, investigación acción y la fenomenología (Sampieri, Hernández y Baptista, 2014; Rodríguez, Gil y García, 1999).

3.1.2. Método Fenomenológico.

El enfoque fenomenológico hace énfasis en lo individual y lo subjetivo, trata de descubrir la esencia natural y general de los fenómenos a partir de las percepciones, sensaciones y vivencias del individuo. Por esta razón, resulta más adecuado para estudiar y comprender la estructura psíquica vivencial que se da en cada individuo, en este caso, sobre la adherencia terapéutica. Este método describe detalladamente casos similares con el fin de elaborar una estructura común representativa de tales experiencias vivenciales para lograr una mejor comprensión del fenómeno (Martínez, 2009).

Van Manen (citado en Rodríguez, Gil y García, 1999), menciona las principales tareas de la fenomenología: a) Estudia la experiencia de lo cotidiano; b) Busca explicar los fenómenos de la conciencia; c) Estudia la esencia de las cosas, las estructuras significativas internas de la vida; d) Describe los significados vividos y no las relaciones estadísticas; e)

Es el estudio científico-humano de los fenómenos, es decir, el saber sistemático, explícito, autocritico e intersubjetivo; f) Es un estudio del pensamiento, es decir, tiene que ser de utilidad e iluminar la práctica de la educación; g) Explora el significado del ser humano en la vida; h) Busca conocer los significados que las personas dan a sus experiencias, y entender como cada individuo interpreta su realidad.

Así, la realidad es comprendida mediante la experiencia vivida. Este enfoque tiene el propósito de examinar las experiencias individuales, capturar los significados y características comunes, así como la esencia de las cosas y de los eventos. Se crean significados desde la experiencia a través del espacio y el tiempo. Esta perspectiva se puede representar por un buen ejemplo dado por Einstein donde: alguien puede poner sus manos sobre una estufa caliente por un minuto y decir que pareciera que fue una hora, o sentarse al lado de una mujer bonita por una hora y pareciera que solo pasó un minuto. Eso es relatividad (Starks y Brown, 2007).

Apps (1985) identifica seis fases en el método fenomenológico que ayudan hacer una comprensión más profunda del fenómeno:

- a) Descripción del fenómeno. El evento se describe de la forma más libre, sin categorizar ni tratar de encajarla en teorías preestablecidas partiendo de la experiencia concreta. Se presta atención a todo detalle y se trata de recuperar y revelar las riquezas de las cualidades presentes en el fenómeno en todo momento.
- b) Búsqueda de múltiples perspectivas. Al momento de reflexionar sobre un determinado evento se deben tomar en cuenta las diferentes perspectivas tanto de los participantes como del investigador, incluso sobre agentes externos para obtener la mayor información posible del fenómeno.

- c) Búsqueda de la esencia y la estructura. Se intentan captar las estructuras del fenómeno que se haya experimentado y las relaciones entre las estructuras dentro de las mismas. En esta fase se examina toda la información recogida, posteriormente se encajan las piezas de forma estructurada y se empiezan a descubrir las categorías. Se debe tener especial cuidado de no forzar los datos en categorías de manera prematura.
- d) Constitución de la significación. En esta fase se profundiza en la estructura del fenómeno, es decir, el investigador se centra en la forma de cómo se estructura dicho fenómeno determinado en la conciencia.
- e) Suspensión de enjuiciamiento. El investigador debe suspender todo juicio previo al momento de recabar la información sin el condicionamiento de teorías y creencias que puedan dirigir o predisponer la percepción. De esta forma el investigador logra acercarse al fenómeno de una forma directa
- f) Interpretación del fenómeno. En esta etapa se busca interpretar los fenómenos con el fin de sacar a la luz los significados ocultos. Trata de hacer una reflexión profunda más allá de los significados obvios.

Respecto al uso del método fenomenológico en el área de salud, Cardoso, Pascual, Moreno, Figueroa y Serrano (2007) hacen referencia a varios elementos que forman parte de la fenomenología del padecimiento de las personas: En primera instancia se enfatiza que la persona posee sus propias ideas, experiencias, conocimientos, creencias, suposiciones, miedos y actitudes referentes a la salud y a la enfermedad; en segunda instancia se encuentran las experiencias, conocimientos y actitudes hacia los médicos y a la medicina en general, la forma en que la persona se relacionan con sus redes de apoyo, y las certezas o suposiciones sobre el costo de los servicios y los tratamientos.

De esta manera, se logra observar como los problemas de salud pueden ser ampliamente abordados desde un enfoque cualitativo fenomenológico dado que la información rescatada se extrae directamente desde la persona que padece, desde su realidad y lo que percibe como importante. Así como lo menciona Cardoso, et al. (2007), el padecimiento se genera en el cuerpo del individuo, es él mismo el que vivencia, percibe e interpreta sus propios signos y síntomas de la enfermedad. Siendo así como el investigador cualitativo se interesa en comprender los problemas de salud desde la perspectiva de quien padece.

A continuación, se presentan algunos estudios que emplean la fenomenología como método de investigación en el campo de salud.

Cabelló y Zúñiga (2007) llevaron a cabo un estudio fenomenológico donde buscaban desarrollar patrones que generen una mayor comprensión del problema de obesidad tomando como referencia las reflexiones sobre las experiencias de vida de las personas para captar la esencia y significado de los datos. Con 26 participantes, encontraron que los patrones de dieta y las preferencias por ciertas actividades se formaban principalmente dentro del contexto familiar. También se encontró que las personas no perciben a la obesidad como un problema de importancia, dado que tomar conciencia de los beneficios de bajar de peso no es suficiente para ellos.

Siguiendo esta línea, Oliveros (2010) realizó un estudio fenomenológico con el objetivo de comprender el significado y la esencia que tiene la obesidad para la persona que vive dicha condición. Encontró que las personas percibían que la obesidad era producto de sus imposiciones, frustraciones, pérdidas a lo largo de su vida, afectaciones que cambiaron su manera de ser y relacionarse con el mundo externo y la percepción de sí mismo, de modo que sienten que perdieron el control de sí mismos.

Bautista, Galván, Martínez, Álvarez y Cruz (2017) buscaron conocer las percepciones del ideal corporal masculino de universitarios a través de un enfoque fenomenológico. Encontraron que el ideal corporal se va construyendo desde edades tempranas y hasta la adultez, teniendo influencia cultural, social y familiar. Los sujetos manifestaron que un buen físico musculado facilita la adquisición de beneficios estéticos, económicos, sociales, psicológicos y de salud.

De las investigaciones anteriormente mencionadas que emplean el método fenomenológico en el campo de la salud, podemos observar que los problemas de salud como el sobrepeso y la obesidad pueden ser estudiados y abordados con este enfoque y del cual se puede rescatar información muy valiosa dado que el principal objeto de estudio es la persona y del cómo percibe sus experiencias. En ese sentido, se puede lograr recoger información importante del cómo la persona vive el proceso de adherencia al tratamiento nutricional y así comprender el fenómeno tal y como es percibido por los participantes, porque a fin de cuentas, es el individuo el que conoce mejor que nadie sus propias experiencias y la tarea de los investigadores es darles voz e interpretarlos de la manera más cercana a la realidad posible y así poder contribuir a la generación de conocimiento que enriquezca esta área.

3. 2. Participantes

Se seleccionaron a 14 pacientes adultos voluntarios, clínicamente diagnosticados con sobrepeso u obesidad, con edades que oscilaban entre los 19 a 37 años. De los cuales fueron 10 mujeres, y 4 hombres.

La cantidad de entrevistas varió en función de los datos captados, de tal manera que se empleó la técnica de saturación para determinar el número de estas. Dicha técnica consistió en analizar múltiples casos hasta el punto de no encontrar información nueva. Esta

técnica tiene la ventaja de ser flexible, es decir, puede descubrir inconsistencias, falta de claridad, datos inconclusos, y puede volver al campo de estudio para recolectar más datos (Sampieri, Fernández, Baptista, 2014).

Para los criterios de selección, se consideró la homogeneidad de los informantes, es decir que cumplieran con ser: a) adultos jóvenes con sobrepeso y obesidad que asisten a tratamiento nutricional, o que hayan asistido aproximadamente un año hasta el día de la entrevista; b) que no padezcan alguna enfermedad crónica asociada al exceso de grasa corporal, debido a que las personas con enfermedades crónicas reciben un tratamiento especializado medicación, y por lo tanto, hábitos, experiencias y sensaciones diferentes al que tendrían las personas solo con exceso de peso.

3.3. Técnica de recolección de información: la entrevista semiestructurada

Se empleó la entrevista semiestructurada con punto de saturación, debido a que tiene la posibilidad de recabar información sobre las experiencias de adherencia de los informantes en relación con el tratamiento nutricional actual y, de ser el caso, sobre intervenciones anteriores.

La entrevista en la investigación cualitativa se caracteriza por brindar profundidad y detalle en relación con las personas que comparten un determinado escenario social. Tiene la prioridad de comprender el fenómeno desde la perspectiva de los participantes, lo que facilita la interpretación de sus comportamientos al descubrir lo significativo de sus dimensiones subjetivas, es decir, emociones, creencias, pensamientos y valores. Todo esto a través de preguntas claras y carentes de sesgos cuya información se irá estrechando y concretando hasta llegar a detalles y singularidades (Buendía, Colás y Fuentesanta, 1998).

La entrevista, desde el enfoque fenomenológico, es un proceso de interacción y diálogo entre dos personas, con el objetivo de recabar información sobre experiencias,

sentidos y significados de los participantes en relación con eventos vividos referentes al tema de investigación (Moreno, 2014).

La entrevista semiestructurada es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa, que se caracteriza por ser totalmente flexible, al partir de preguntas previamente diseñadas y que pueden ajustarse a los informantes. No requieren de un orden específico, ni tampoco se imponen respuestas; se da la libertad para que el sujeto responda con toda naturalidad y sinceridad posible basándose en sus experiencias y emociones. Se puede definir como una “conversación amistosa” que busca comprender el fenómeno a través de interpretaciones subjetivas (Díaz, 2013).

Esta técnica se compone de una guía de preguntas donde el entrevistador tiene la ventaja de poder añadir preguntas para precisar información, datos y conceptos (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño del guion de entrevista se construyó a partir de los objetivos específicos. En el objetivo de a) *Explorar las experiencias de las participantes relacionadas con el tratamiento nutricional brindado por el personal de salud*, se elaboraron preguntas referentes a todas aquellas creencias que los participantes poseen respecto a su tratamiento nutricional como la dieta, recomendaciones, significado de su peso, significado del tratamiento y expectativas de este. En el objetivo b) *Identificar las barreras que según los participantes dificultan la adherencia al tratamiento nutricional*, se elaboraron preguntas para identificar los elementos o eventos que la persona percibe como obstáculos para cumplir adecuadamente con su tratamiento. En el objetivo c) *Identificar los motivos de los participantes para iniciar y mantenerse en el tratamiento nutricional*, se elaboraron preguntas orientadas a la identificación de los motivos que las personas llegan a manifestar como un estímulo que los ayudó a iniciar y mantenerse al tratamiento. En el objetivo d)

Describir las características de la relación médico-paciente que facilitan o interfieren en la adherencia al tratamiento, se construyeron preguntas dirigidas a conocer las características de la relación médico-paciente percibidas por los participantes que pueden llegar a facilitar o interferir en la adherencia al tratamiento (anexo1).

3.4. Procedimiento

Primeramente, se buscó a participantes voluntarios que cumplieran con las características requeridas (pacientes con sobrepeso y obesidad en tratamiento nutricional sin comorbilidades) para llevar a cabo las entrevistas. Una vez ubicados, se les informó sobre las intenciones de la investigación, y posteriormente se acordó el día, lugar y hora de las sesiones.

Al inicio de cada sesión, se le informó al participante sobre las consideraciones éticas de la entrevista, donde se les explicó que se cuidaría la confidencialidad y privacidad de sus datos, ya que serían grabados en audio para su posterior transcripción. Al estar de acuerdo con lo anterior, se solicitó que firmaran la carta de consentimiento, para poder dar inicio con la entrevista.

La entrevista se presentó en un formato libre y flexible a modo de guía, en la cual, el orden de las preguntas variaba de acuerdo con el desarrollo de esta, evitando interrupciones y divagaciones, dirigiendo en todo momento el hilo del tema. Cada sesión tuvo una duración aproximada de entre 20 y 30 minutos, y siguiendo con las indicaciones de Martínez (2009), se estableció una atmósfera de confianza para generar un diálogo más profundo y rico en información. Finalmente, se cerró la entrevista agradeciendo la importante disposición de las personas para participar en la investigación.

3.5. Procedimiento de análisis fenomenológico e inductivo

Luego de concluir con las entrevistas, se transcribieron todas las grabaciones de audio a un formato digital de texto, y posteriormente, se exportó la información al software Atlas.ti versión 7, el cual es un programa para la organización y análisis de datos cualitativos.

Para este proceso, se emplearon los criterios de análisis fenomenológico de Mari, Bo y Climent (2010), los cuales se explican a continuación:

1. Transcripción. Primeramente, se tomó el consentimiento del participante, y posteriormente, se transcribió de manera literal todo el audio grabado durante la entrevista.
2. Elaboración de unidades de significado general. A partir de las transcripciones, se hizo una lectura y relectura intencional de todas las entrevistas, después, se agruparon en porciones todos los elementos similares, formando lo que se conoce como unidades de significado general. En este paso, se tomaron en cuenta tanto los elementos relacionados con el tema de investigación, como los no relacionados con el objetivo de descartar la información que no era relevante para la investigación.
3. Elaboración de unidades de significado relevante para el tema de la investigación. Con base a las unidades de significado general, se seleccionaron las unidades relevantes para el estudio, es decir, en este paso se buscaron los patrones de respuesta similares, haciendo convergencias y divergencias entre ellas.
4. Verificación de las unidades de significado relevante. Luego de obtener los significados relevantes para el estudio, se decidieron los criterios para agrupar las unidades en categorías que reflejen las características comunes. Desde dichos grupos, se identificaron los temas que mejor representaban el significado de las experiencias relacionadas con el fenómeno de adherencia.

5. Conclusiones. Finalmente, se realizó un análisis comprensivo siguiendo los pasos anteriores y volviendo a ellos continuamente, de esta manera, se posibilitó la transformación de las experiencias de los participantes en conocimiento significativo para la investigación. Se incluyeron los aspectos más importantes y relevantes obtenidos durante todo el proceso de análisis.

A la par de del análisis fenomenológico, se empleó un enfoque inductivo, el cual, tiene por objetivo permitir que los resultados de la investigación surjan de los temas recurrentes, dominantes y significativos presentes en los datos crudos. De manera general, este método condensa la información extensa a un formato breve y resumido, establece vínculos entre los objetivos de investigación y los hallazgos resumidos derivados de los datos sin procesar y asegurar que estos vínculos se puedan demostrar y que sean justificables. Otro de los propósitos de este análisis, es desarrollar un modelo o teoría sobre las estructuras subyacentes de experiencias o procesos que son evidentes en la información captada (Thomas, 2006).

El análisis inductivo es importante para generar mayor comprensión del fenómeno de estudio, además, de contribuir al desarrollo del paradigma cualitativo guiado por el marco teórico. Este autor estaca que el análisis inductivo involucra los siguientes aspectos: lectura y relectura de los datos recabados y transcritos; organización de la información por medio de códigos; y comparación constante entre las categorías y códigos surgidos de los datos captados con lo sugerido por la literatura (Martínez, 2009).

Para el enfoque inductivo, se aplicaron los criterios de Shaw (1999):

Análisis de sitio. Esta fase hace referencia al lugar y el momento de recolección de los datos. Se recopilaban las respuestas y perspectivas interesantes para la investigación mediante entrevistas abiertas y en profundidad, donde se hicieron notas de campo y la grabación como medio de apoyo para la transcripción.

Ejecución de los datos abiertos. El siguiente paso, consistió en familiarizarse con la información recabada para después iniciar el proceso de estructuración y organización de los datos para transformarlos en unidades de significado.

Análisis de enfoque inductivo. En esta fase se utilizó el denominado método de comparación constante, el cual consistió en repetir el proceso de relectura de las transcripciones para la codificación y comparación sistemática de las similitudes y diferencias.

Profundización el análisis. En esta fase, se profundizó la búsqueda de similitudes y diferencias entre las categorías, los conceptos y teorías existentes en la literatura.

Presentación de los hallazgos. En la fase final se presentaron los hallazgos a otros investigadores con el fin de valorar diferentes perspectivas para recibir retroalimentación y reevaluar la comprensión del fenómeno.

De esta forma, se llevó a cabo el análisis fenomenológico con enfoque inductivo, donde la información cruda se transformó en hallazgos relevantes para la investigación. Una vez obtenidos los resultados, se procedió a la interpretación y profundización de los datos para compararlos con los de otros estudios de adherencia, así como se muestra en el siguiente capítulo.

Capítulo 4. Resultados

En este capítulo, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis e interpretación de las entrevistas a cerca de los motivos, barreras percibidas y la relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento nutricional de personas adultas con sobrepeso y obesidad.

En el primer apartado, se hace una breve descripción de los participantes con el fin de ubicar algunos aspectos generales relacionados con su ocupación, peso en kilogramos (kg), altura en centímetros (cm), Índice de Masa Corporal (IMC) y estado del tratamiento hasta el momento de la entrevista.

En un segundo apartado, se muestra el significado que las personas atribuyen a la adherencia al tratamiento nutricional, así como los motivos para iniciar y mantenerlo. En el tercer apartado, los elementos percibidos como barreras en el tratamiento. Por último, en el cuarto subtema, se aborda la relación médico-paciente donde se identifican los tipos de interacciones que favorecen o interfieren en la adherencia de los informantes (ver figura 2).

En cada subtema se presentan las redes semánticas, los códigos relacionados con las categorías correspondientes organizados de manera jerarquizada, de acuerdo con su frecuencia.

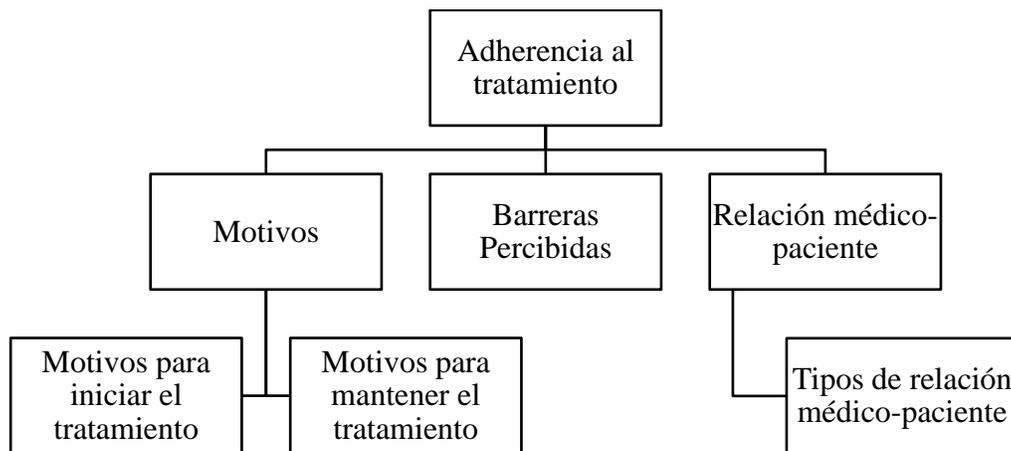


Figura 2. Diagrama de organización de resultados

4.1. Descripción antropométrica de los participantes y estado del tratamiento

A continuación, en la Tabla 1, se muestran las características generales de los participantes respecto a su ocupación, edad, peso altura, IMC, diagnóstico, y estado del tratamiento hasta el momento de la entrevista.

Tabla 1.

Características generales de los participantes

Paciente	Ocupación	Edad	Peso (kg)	Altura (cm)	IMC	Diagnóstico	Estado del Tratamiento
Alma	Estudiante	25	72	160	28.2	Sobrepeso	Abandonó
Blanca	Psicóloga	35	67	165	24.61	Normal	Concluyó
Cruz	Docente	37	93	170	32.18	Obesidad	Continuó
Diana	Ama de casa	35	85	161	32.79	Obesidad	Abandonó
Eva	Docente	25	65	164	24.17	Normal	Continuó
Flavio	Estudiante	26	110	180	33.95	Obesidad	Continuó
Gael	Médico	26	81	174	27.06	Sobrepeso	Continuó
Hilda	Estudiante	20	78	156	32.05	Sobrepeso	Continuó
Iván	Biólogo	32	91	178	28.72	Sobrepeso	Continuó
Julia	Estudiante	25	59	163	22.21	Normal	Continuó
Karen	Estudiante	20	65	156	26.71	Sobrepeso	Continuó
Laura	Estudiante	22	143	162	54.49	Obesidad	Abandonó
Mario	Estudiante	24	70	165	25.71	Sobrepeso	Continuó
Nara	Estudiante	28	86	158	34.45	Obesidad	Continuó

De esta manera, se puede observar que, de los 14 participantes, 4 son hombres y 10 son mujeres; solo 3 abandonaron el tratamiento, 10 lo continuaron y sólo uno lo había concluido. Con relación a su diagnóstico, 5 personas tenían obesidad, 6 con sobrepeso, y 3 se encontraban en peso normal. De estos últimos, cabe desatacar que al inicio de su tratamiento reportaron estar en sobrepeso. Una vez familiarizado con lo anterior, se procede a la presentación de los resultados en los siguientes apartados.

4.2. Adherencia al Tratamiento Nutricional

Retomando la definición de Holguín y colaboradores (2006), se entiende por adherencia al tratamiento como una colaboración voluntaria, activa y de mutuo acuerdo entre el paciente y el médico, con el propósito de producir un resultado terapéutico deseado. En contraste con este concepto, para los participantes, este fenómeno está asociado con una serie de experiencias relacionadas con adecuaciones a corto y a largo plazo en la rutina diaria del paciente que tiene un impacto en el estilo de vida que lo llevan a cumplir con los objetivos del tratamiento, lo que resulta en una adquisición de conocimientos para la formación de nuevos hábitos alimentarios saludables.

Así, como se puede observar en la Figura 3, el significado de adherencia al tratamiento nutricional para los informantes se relaciona con tres elementos, *Aprendizaje de nuevos hábitos alimentarios*, *Cambio de rutinas alimentarias* y *Desarrollo de la responsabilidad*.

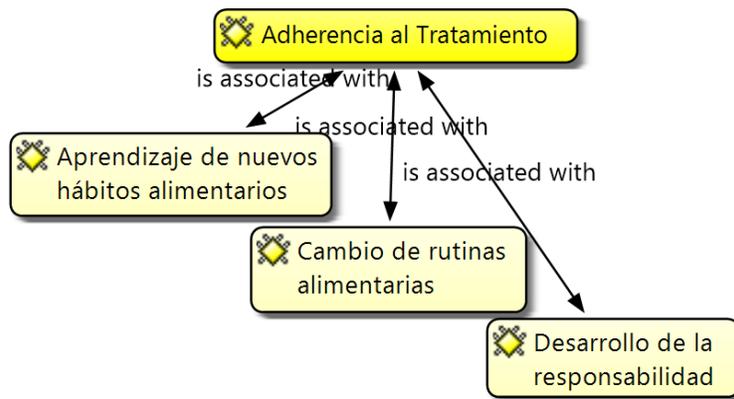


Figura 3. Red de Adherencia al tratamiento

El primer elemento, *Aprendizaje de nuevos hábitos alimentarios*, es definido como la adquisición de conocimientos para el desarrollo de nuevas prácticas alimentarias

saludables, como identificar los alimentos que mejor se ajustan a sus necesidades nutricionales, calcular porciones adecuadas de alimento y organizar los horarios de comida a conveniencia. Como se puede apreciar en las siguientes citas: “Una de las cosas que yo considero más importante es conocer mi cuerpo, de saber que alimentos mi cuerpo necesita,... las porciones,... aprender a sustituir comidas,... adaptarme a mi horario de comida...” (Karen); “He aprendido a balancear algunos alimentos, a cambiar la forma de comer...” (Iván); “Se me quedó el esquema,... siempre como mis cinco comidas al día, hago ejercicio todos los días, tomo agua,... en las salidas soy bastante disciplinado con ese rollo, me la llevo cuidándome...” (Mario).

El segundo elemento es *Cambio de rutinas alimentarias*, definido como un cambio importante en las actividades diarias de las personas, que involucra una serie de adecuaciones a corto y a largo plazo, que finaliza el desarrollo de nuevos hábitos saludables. Esto se puede ilustrar en las siguientes citas: “Pues al inicio se me hizo difícil desprenderme de mis hábitos y formar nuevos, pero con el tiempo me fui adecuando a eso...” (Eva); “Tiene que volverse un estilo de vida, y tienes que aprender a sobrellevarlo, porque no es como que vamos a tener salud esta temporada y a la otra no, es de por vida...” (Hilda); “...Significa para mí, cambiar completamente la rutina diaria, ahora tengo que levantarme temprano para poder preparar la comida de la tarde...” (Karen).

El tercer elemento es denominado *Desarrollo de la responsabilidad*, el cual, tiene que ver con el hecho de cumplir con el tratamiento, a partir de tener la intención de querer hacerla y comprometerse a ello. Así se ilustra en las citas siguientes: “Estar en tratamiento en ese momento fue para mí, pues, como una responsabilidad y una meta, estaba en un tratamiento que lo tenía que seguir...” (Alma); “...En las salidas, así de cenar, soy bastante

disciplinado con ese rollo, me la llevo cuidándome...” (Mario); “...Es algo que tú (mismo) haces, allí se hizo el compromiso conmigo mismo...” (Gael).

Por lo tanto, existieron diferencias y afinidades entre el significado de adherencia al tratamiento mencionado en la literatura y lo manifestado por los informantes.

Mientras que el concepto de Holguín y colaboradores (2006) hace referencia a un acuerdo mutuo entre el paciente y el médico, los informantes destacan el ajuste que deben hacer a su rutina alimentaria, la responsabilidad que eso conlleva y el aprendizaje de nuevos hábitos alimentarios. Más bien, este concepto se relaciona, de una mejor manera, con el que propusieron Alfonso y Grau (2004), donde se hace mención de la disposición, creencias, actitudes que posee el paciente para cambiar su comportamiento y sobre los motivos para lograrlo.

4.3. Motivos para la adherencia al tratamiento

El significado de motivo, según la literatura, es un proceso que requiere de un estímulo que orienta a la acción para lograr una meta específica, así como satisfacer una necesidad psicológica o biológica, el cual implica persistencia, planificación y toma de decisiones (Del Campo, 2012; Barberá, 1997). Respecto a lo referido por los participantes se clasificó esta categoría en dos subcategorías: *Motivos para iniciar el tratamiento nutricional* y *Motivos para mantener el tratamiento nutricional* (Figura 4.) en los cuales se muestran las relaciones que resultaron entre ellos.

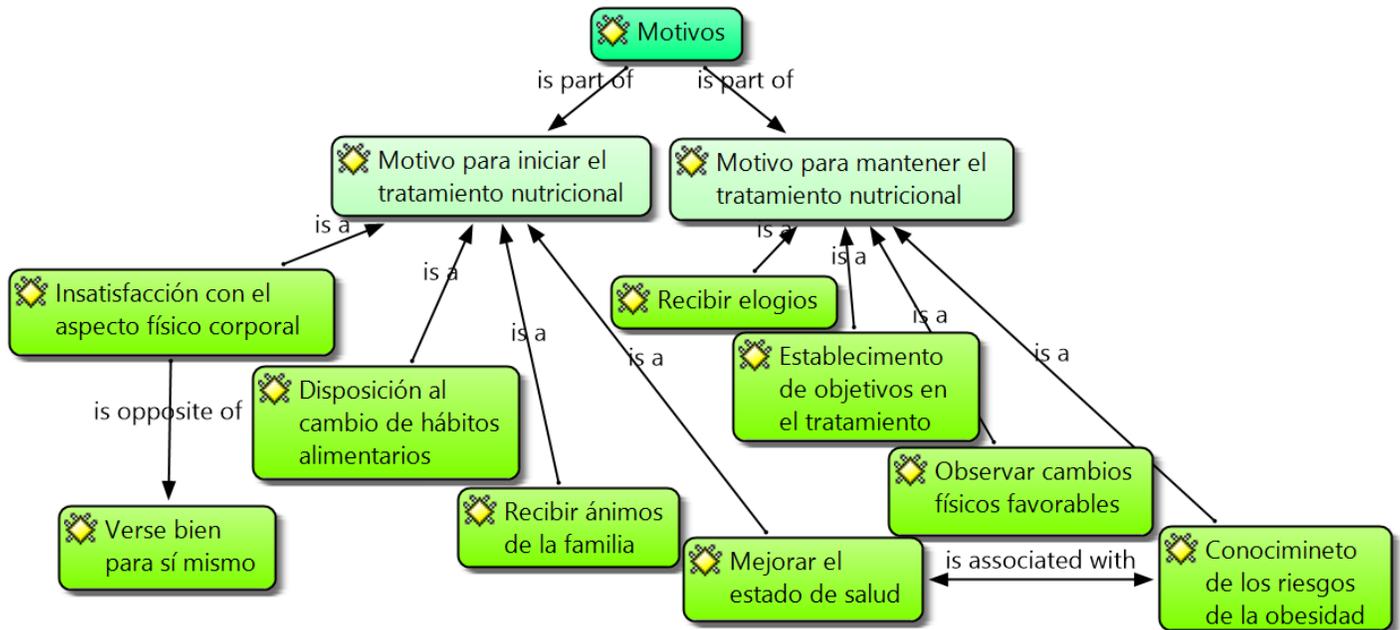


Figura 4. Red de Motivos para iniciar y mantener el tratamiento nutricional

4.3.1. Motivos para iniciar el tratamiento.

Se entiende por motivos para iniciar el tratamiento, como todos aquellos elementos o incentivos cuya finalidad es promover las acciones del individuo para comenzar el tratamiento.

Esta subcategoría, está conformada por 5 códigos. El primero de ellos es *la insatisfacción por el aspecto físico corporal*, definido como el hecho de sentir disgusto por la propia apariencia física a causa de un exceso de peso corporal, lo que posteriormente funciona como aliciente para iniciar el tratamiento. Así lo ejemplifican las siguientes citas: “Estoy pasada de peso y que necesito bajar, que estoy gordita y que me veo mal...” (Alma); “La respuesta clásica que los hombres dicen: ¡Ay! ni al caso, no estás gordita, (pero) si estoy, me siento gordita, sé que no lo estoy, pero me siento gordita...” (Blanca); “Porque me sentía mal con mi peso...” (Gael).

El segundo motivo es *Disposición al cambio de hábitos alimentarios*, definida por los participantes como aquella determinación para darse a uno mismo ese impulso, razón o estímulo motivante para poder iniciar con el tratamiento: “Fue una motivación intrínseca, que nadie me dijo otra cosa, y vi que yo podía hacer muchas cosas...” (Julia); “También uno mismo tiene que ver, que tú quieras dar el paso...” (Hilda); “El principal motivador de mí mismo, soy yo mismo, ya hasta aquí llegué con mi peso...” (Flavio).

El tercero es *Recibir ánimos de la familia*, comprendido como el estímulo proveniente del grupo familiar por medio de verbalizaciones que sirven de incentivo para iniciar con el tratamiento. Así lo mencionan los informantes en las siguientes citas: “Mi mamá, que tiene diabetes, me dice: *cuídate mijita ponte hacer dietas y ve con el nutriólogo. Me apoyó emocionalmente...*” (Alma); “Mi mamá más que nadie, que me decía: *estas engordando, parale, ya deja de comer, ...nos regaña porque ella es delgada pues, al momento a lo mejor si digo, que enfadosa o ya déjame en paz, pero ya después digo, es que si es cierto...*”(Hilda); “Mi marido (me dijo) ve con una nutrióloga, con un doctor que te ayude para que sepas alimentarte y que te veas y sientas mejor, eso es lo que siempre me decía...” (Dina).

El cuarto código, denominado *Mejorar el estado de salud*, hace referencia a que los participantes buscan iniciar con el tratamiento con el propósito de obtener una condición física saludable, por ejemplo: “Totalmente por salud porque mi peso era una situación muy impresionante...” (Cruz); “Por problemas de salud...” (Eva); “Por salud física porque como estaba en obesidad Nivel 1...” (Iván).

El quinto código de esta subcategoría es *Verse bien para sí mismo*, es entendida como la intención de lograr un aspecto físico corporal delgado o estético a la percepción de

ellos mismos, así lo podemos apreciar en las siguientes citas: “La primera razón (para iniciar el tratamiento) fue porque quería bajar de peso para verme más delgada, para sentirme mejor conmigo misma...” (Alma); “(El principal motivo) Es la estética, para que nos hacemos tontos, todos nos queremos ver bien...” (Hilda); “Estética pues, obviamente porque me quiero ver bien conmigo mismo...” (Gael).

Tal y como se muestra en la Figura 4, existe una relación opuesta entre los códigos de *Insatisfacción con el aspecto físico corporal* y *Verse bien para sí mismo*. Esta relación se explica debido a que, aunque tienen el mismo objetivo, en el primer caso se tiene una connotación negativa, es decir, los participantes inician con el tratamiento cuando sienten disgusto con su apariencia corporal a causa del exceso de peso. Por otro lado, el segundo caso tiene una connotación positiva, es decir, los participantes no expresan disgusto por su cuerpo, pero sienten, a su percepción, la necesidad de hacer un cambio en su apariencia física para lucir delgados.

Así pues, para algunos participantes, los principales motivos para iniciar el tratamiento tienen que ver con un disgusto por la propia apariencia física, a causa del exceso de peso corporal coadyuva para el inicio del tratamiento y la disposición de mejorar sus hábitos alimentarios. En cambio, otros participantes del estudio informaron que su principal estímulo para iniciar proviene de la familia por medio de elogios y acompañamiento.

En esta categoría se puede observar, que los códigos de, *Insatisfacción con el aspecto físico corporal*, *Disposición al cambio de hábitos alimentarios*, *Mejorar el estado de salud* y *Verse bien par sí mismos* involucran aspectos relacionados con la motivación extrínseca, en el cual, la acción es impulsada por un objetivo, lo que también es llamado

motivación *propositiva*, donde el comportamiento está basado en el cumplimiento de metas, (Vallerand, 1997). Por otro lado, en el caso de *Recibir ánimos de la familia*, la motivación es reactiva (Barberá, 1997), ya que el comportamiento es motivado por un estímulo externo, es decir, la familia es la que influye en la toma de decisión de la persona para iniciar con el tratamiento. Cabe aclarar que no se debe confundir la motivación extrínseca con la reactiva, ya que la primera requiere de un objetivo final, mientras que la segunda, solo necesita un estímulo que detone la acción.

4.3.2. Motivos para mantener el tratamiento.

Los motivos para mantener el tratamiento son todos aquellos elementos o incentivos cuya finalidad es ayudar a sostener los cambios favorables ocurridos en el tratamiento por el mayor tiempo posible hasta adquirirlos totalmente.

Esta subcategoría se conformó por 4 códigos, el primero se denominó *Recibir Elogios*, es el código más recurrente para el mantenimiento del tratamiento. Es descrito como la ayuda proveniente del ámbito social, a través de halagos y ánimos, así como se observa en las siguientes citas: “Una de las cosas que me ayudan a mantenerme es el comentario de la gente... siempre te motiva mucho que te vea a alguien que tiene un mes que no te ha visto y que te diga que se te nota mucho ¿no?, entonces eso para mí es mucho más aliciente...” (Iván); “La mayoría de la gente me ha tocado que me dicen: “*te ves más flaco*”, incluso quieren saber información de qué onda, que haces...” Gael; “Para mantenerlo realmente... sería andar en sí, con los reforzamientos sociales que recibes de que “*hay que bien te ves*”...” (Cruz).

En *Establecimiento de objetivos en el tratamiento*, los participantes manifestaron sentirse más motivados cuando se definían objetivos tangibles y asequibles a corto y largo

plazo durante el tratamiento, establecidos ya sea por indicación del nutriólogo o por ellos mismos. Por ejemplo: “Me gustaba que siempre me ponía un numero de kilos determinados y al mes siguiente bajarlos...”. (Cruz); “Pues la neta, me quiero ver buena, o veo fotos de morras en Instagram, y digo si ella puedo, yo también. Sigo un chorro de páginas en Instagram, y digo si esta gente llevo a pesar 200 kilos, porque yo no puedo perder 15, me reto de cierta forma, (con) mi objetivo de verme bien...” (Hilda); “Cuando subo (de peso) digo: ¡qué sarra! le voy a echar más ganas... porque tengo una meta todavía...” (Karen).

Para el código *Observar cambios físicos favorables*, los informantes expresaron que el hecho de apreciar un cambio favorable en el aspecto físico corporal representa un estímulo motivante para seguir y mantener el tratamiento: “Iba bajando de peso, eso era lo que me motivaba, ver que había un cambio que si estaba funcionando...” (Alma); “Quieras o no, cuando te ves tú mismo en una foto de antes y una después, te motiva a querer seguir a querer verte mejor...”. (Gael); “Tengo una especie de mancha en la altura del cuello que se ve muy seguido en gente con obesidad, y me molesta mucho que al usar camisetas se me expone el cuello y es muy visible, entonces a raíz de que he estado bajando de peso esa mancha se ha desaparecido...” (Iván).

El siguiente elemento, *Conocimiento de los riesgos de la obesidad*, refiere a que los informantes se ven motivados a mantenerse en tratamiento debido a que están conscientes de la posibilidad de desarrollar alguna enfermedad asociada con el exceso de peso, sumado al hecho de que saben que su historial familiar incrementa la probabilidad del riesgo. Así lo mencionan los siguientes participantes: “Es más descuido de mi parte, y la posibilidad de desarrollar (una enfermedad), creo que es riesgoso...” (Blanca); “Como estoy en contacto con las enfermedades, yo sé lo que te puede provocar si sigues con sobrepeso o con

obesidad... también, que tienes que bajar (de peso), porque no quiero terminar con diabetes o con hipertensión, con un pie mocho o con algo así...” (Gael). “Siempre me ha dado miedo de que me dé una enfermedad del corazón o algo así...” (Mario).

Aquí se puede apreciar como el código de inicio *Mejorar el estado de salud* está asociada con el código de mantenimiento *Conocimiento de los riesgos de la obesidad*, debido a que ambos buscan un estado de salud óptimo, donde en el primer caso tiene por objetivo promover una condición física saludable, mientras el segundo caso tiene por objetivo prevenir enfermedades asociadas con la obesidad. De este modo, sería como las personas que inician un tratamiento para mejorar la salud adquieren más conciencia sobre la enfermedad.

En resumen, los principales motivos para mantener el tratamiento, referidos por los participantes, tienen que ver con el apoyo mediante elogios y acompañamiento social. También, el establecer objetivos tangibles a corto y largo plazo implica una gran motivación que contribuye al mantenimiento, así como lograr cambios físicos favorables y ser conscientes de las consecuencias de no llevar hábitos saludables, representa un importante aliciente para seguir cuidándose.

A diferencia de los motivos para iniciar, se encontró que el código *Observar cambios físicos favorables* tienen que ver con motivaciones intrínsecas, las cuales, según Vallerand (1997), refieren que las actividades se llevan a cabo por el mero gusto de hacerlas, sin importar el logro de algún objetivo, ya que, en estos casos, el mantenimiento se disfruta y se lleva a cabo de una manera satisfactoria, lo que facilita la adherencia. En cambio, los códigos *Establecimiento de objetivos en el tratamiento* y *Conocimiento de los riesgos de la obesidad* se relacionan con la motivación extrínseca, al igual que los motivos

para iniciar, debido a que sus motivaciones involucran un objetivo determinado que se debe cumplir (Vallerand, 1997 y Barberá, 1997).

Cabe mencionar, que el código *Conocimiento de los riesgos*, se relaciona con uno de los procesos experienciales de cambio del modelo Transteórico (Flórez 2007), donde se menciona el *aumento de la conciencia*, en el cual, el individuo presenta mayor interés a realizar el cambio cuando conoce las consecuencias de las conductas excesivas.

4.4. Barreras Percibidas

La literatura define a las barreras como factores que intervienen de manera directa o indirecta con las conductas saludables, y que disminuye el compromiso en el tratamiento (Villacrés, 2017). En esta categoría se identificaron 5 códigos, y al igual que en las categorías anteriores, se organizaron según la frecuencia de cada uno, como se muestra en la Figura 4.

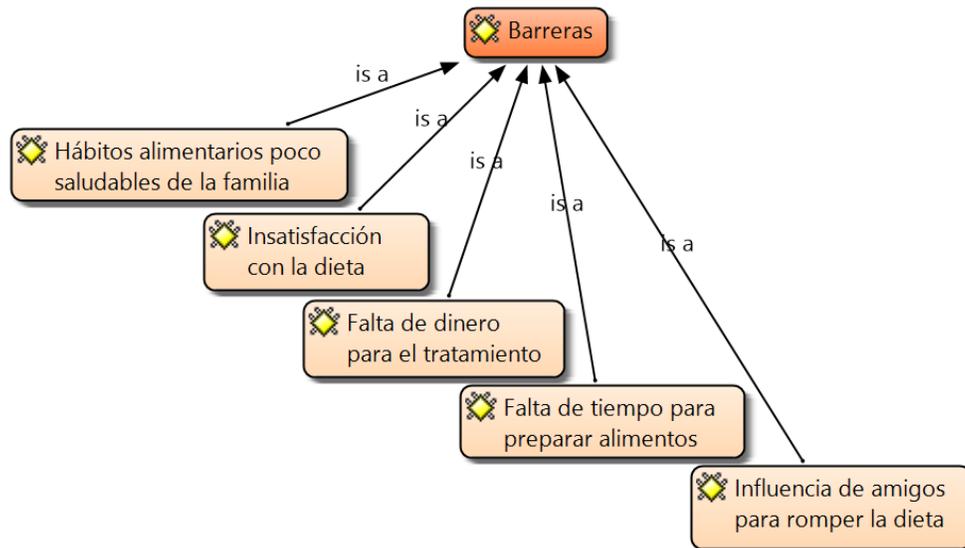


Figura 4. Red de Barreras Percibidas

El primer código es *Hábitos alimentarios poco saludables de la familia*, comprenden obstáculos relacionados con el contexto y la dinámica familiar, donde la propia familia no apoya, desmotiva por medio de comentarios negativos, no acompaña o no se integra al cambio alimentario de la persona. Por ejemplo: “Era muy difícil para mí sola estar en dieta, nadie me apoyó...solo: ¡Alma tu no debes de comer eso! y pues sí, pero para que compras...” (Alma); “De las principales barreras que tuve fue mi casa o mi familia. En casa porque yo estaba tratando de cambiar mi forma de alimentarme, pero mi familia seguía con la misma dinámica...” (Iván); “El típico comentario negativo de que no se te nota...principalmente mi familia, porque la mayoría de los comentarios negativos sobre mi peso es por parte de mi abuela...” (Laura).

En el segundo código, *Insatisfacción con la dieta*, se identificó que las personas fallaban con el tratamiento cuando no les gustaba o no se sentían cómodos con el plan de alimentación propuesto por el especialista. Así lo ilustran las siguientes citas: “Yo me comía las porciones que me daba y todo lo de la dieta, pero pasaba mucha hambre y eso ocasionaba que me doliera la cabeza y que a veces no hiciera la dieta correcta...” (Alma); “No me sentía tan bien con el plan de alimentación que me dio, que me pusiera cosas que no consumía...curiosamente, en la dieta me puso cosas que no me gustaban...” (Eva); “Me gusta porque es médico, me gusta esta parte, pero él no es experto en tiroides, entonces yo le decía que yo no podía comer cualquier cosa, o sea la cebolla, ciertos alimentos que para la tiroides no es bueno...” (Cruz).

El tercer código, *Falta de dinero para el tratamiento*, se define como las limitaciones derivadas de la falta de recursos para la adquisición de servicios nutricionales o de ciertos alimentos requeridos en la dieta. Lo anterior se representa en las siguientes

citas: “Yo ahorrraba para ir al nutriólogo, y de repente deje de ir porque yo ya no tenía dinero, no podía comprar los alimentos que venían en la dieta, o sea se me fue dificultando por la cuestión económica en primer lugar...” (Alma); “de plano no me alcanzo, no voy a seguir el tratamiento...” (Cruz); “¡Ay! el dinero, si pues porque hay algunas cosas que están bien caras, bueno ellos (los nutriólogos) ponen así como un menú accesible pero igual es como que no me han pagado no puedo ir a comprar...”. (Nara).

Respecto al cuarto código, *Falta de tiempo para preparar alimentos* son referidas como la poca disponibilidad de tiempo para preparar los alimentos de la dieta, realizar ejercicio, o asistir al nutriólogo. “Lo dejé porque la misma escuela como que me lo impedía, mi horario estaba muy feo y así entonces no podía...” (Karen); “El problema con el tratamiento seria, volvemos a lo mismo, problema con tiempo para reparación de alimentos...” (Laura); “No pude (seguir) por cuestión de tiempo...” (Dina).

Respecto al quinto código, *Influencia de amigos para romper la dieta* comprenden factores que obstaculizan el tratamiento del paciente y que están relacionados con la pareja, amistades o algún grupo social. Se manifiestan a modo de burlas o incitaciones a excesos en la alimentación. Por ejemplo: “Un impedimento más fue mi círculo de amigas, porque salimos y era de: ¡ay! que salir, ¡ay! que comer, ¡ay! que una promoción...y también, no querer quedar mal (con las amigas)...y me echaban *carrilla* (burlas por estar en tratamiento)...” (Karen); “Mi ex novia, o sea, comía mucho con ella la neta, o sea no quería...con ella si comía muy pesado, todo el tiempo mucha chuchería y estando saliendo a cenar casi siempre...” (Mario); “Mis grupos de amigos eran personas muy sedentarias y nos fascinaba salir a comer prácticamente todos los días entonces, eso favorecía a que yo seguiré subiendo de peso...” (Iván).

Entonces, para los participantes, las barreras son factores que entorpecen el tratamiento y que se originan en diferentes contextos o situaciones. Tienen que ver con desinterés de la familia por ayudar, evitación del paciente para afrontar el cambio, carencia de tiempo y recursos económicos, influencia por parte de los grupos sociales para romper con la dieta, e insatisfacciones o incomodidad con el tratamiento. Lo cual coincide con la teoría (Orrego, Pérez & Alcorta 2009; Madariaga y Romero, 2016). Por otra parte, se puede relacionar con lo mencionado por Villacrés (2017), donde menciona a las barreras estructurales. Donde se incluyen todos los códigos: *Hábitos alimentarios poco saludables de la familia, Insatisfacción con la dieta, Falta de dinero para el tratamiento, Falta de tiempo para preparar alimentos, Influencia de amigos para romper con la dieta*, ya que son elementos externos que afectan las conductas saludables.

4.5. Tipos de Relación Médico-Paciente

Con base a los objetivos de investigación, en esta categoría se identificaron tres tipos de relación médico-paciente que facilitan o interfieren en la adherencia al tratamiento. Las interacciones se clasificaron de la siguiente manera: A) Interacción Comunicativa Unilateral Apropiaada; B) Interacción Comunicativa Bilateral Apropiaada; C) Interacción Comunicativa Unilateral Inapropiaada. En el siguiente apartado, se hace una descripción de cada una de las relaciones, así como las características tanto del nutriólogo como del paciente y el efecto en el mantenimiento del tratamiento.

4.5.1. Interacción Comunicativa Unilateral Apropiaada

En esta interacción (ver Tabla 2), se crea un ambiente de comunicación donde los roles son fijos. La información recibida es dirigida a un solo lado (paciente). El nutriólogo define las condiciones del tratamiento y el paciente las acepta y cumple. El paciente prefiere una

combinación equilibrada entre régimen estricto a un tratamiento flexible, pues considera que al ser demasiado flexible se tiende a fallar. Este tipo de relación favorece la adherencia al tratamiento en pacientes que prefieren un trato estricto-flexible.

Para ilustrar lo anteriormente mencionado se describen las siguientes citas: “Si eres extremadamente flexible, es de ¡ay! al cabo me da chance,... caes en libertinaje, y si eres demasiado estricto también te encierras mucho en algo que no se va a poder...yo me imagino que si fuera nutriólogo, tengo que ser lo suficientemente flexible para ciertas comidas o algo por el estilo y lo suficiente estricto también para decir si tú quieres llegar a ese punto no tienes que hacer esas cosas, tiene que haber una combinación de los dos...” (Gael); “Las debe de tratar con respeto, alentarlas siempre motivarlas, y sí, debe de ser duro en cierto punto, pero no siento que deba regañar en situaciones en donde las personas no cumplan en los objetivos que les puso. ¿Ser Flexible? pues no mucho, porque el también viene siendo una figura de autoridad y pues si vas con él, estás buscando que te apoye y ni modo que no lo haga...” (Eva).

Tabla.2
Interacción Comunicativa Unilateral Apropriad (3 casos)

Nutriólogo	Paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Es Emisor • Establece los criterios y límites del tratamiento. • Da información. • No hace cambios en el tratamiento o hace cambios mínimos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es receptor • Depende de las instrucciones del médico para seguir y cumplir con el tratamiento. • Recibe información. • Se le facilita seguir un tratamiento tal y como es prescrito, sin solicitar cambios o con cambios mínimos. • Percibe al médico como una figura de autoridad.

4.5.2. Interacción Comunicativa Bilateral Apropiaada

En esta interacción (ver Tabla 3), se crea un ambiente de comunicación recíproca donde los roles son mayormente flexibles. La información es dirigida y recibida por ambas partes. El médico y el paciente buscan llegar a un acuerdo donde se ajustan los criterios a las necesidades de este para cumplir con los objetivos del tratamiento. Este tipo de relación favorece la adherencia al tratamiento en pacientes que prefieren un trato principalmente flexible. Lo anterior se ilustra con las siguientes citas: “Pues mira a mí me gustó mucho ella, porque a mí desde un principio, la plática que me dio: *aquí no es de que yo te tenga que prohibir, aquí vas a comer de todo, y puedes comer de todo aquí no es de ponerte a dieta aquí es de que aprendas como debes de comer saludablemente...*” (Eva); “Muy amable, muy accesible, una duda que yo tenga o algo que yo tenga si yo le marco o le mando mensaje ella me contesta y está en cualquier momento pues,... También, de principio ella me dio la confianza, se prestó por la cuestión de que ella nunca me dijo que estoy gordita, o sea, no, sí que te vamos a ayudar para que te veas mejor, para que te sientas bien, sobre todo...” (Dina).

Tabla 3.
Interacción Comunicativa Bilateral Apropiaada (8 casos)

Nutriólogo	Paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Es emisor y receptor de información • Establece criterios que se ajustan a las necesidades del paciente • Invita al paciente a aclarar dudas • Es consciente de los alcances y limitaciones del paciente • Suele motivar ante logros del paciente • Hace recomendaciones extra 	<ul style="list-style-type: none"> • Es emisor y receptor de información • Se siente cómodo para hacer preguntas y despejar dudas relacionadas con el tratamiento • Percibe al médico como un compañero • Siente confianza • Le gusta que lo motiven

4.5.3. Interacción Comunicativa Unilateral Inapropiada

En esta interacción (ver Tabla 4), se crea un ambiente donde los roles son fijos. En esta interacción, no se cumplen las expectativas del paciente respecto al tratamiento debido a que se crea un ambiente donde no se establece un vínculo de confianza y no se logra una comunicación adecuada ya que no hay retroalimentación. El paciente percibe al nutriólogo como distante e indiferente a su situación. En este tipo de relación también se pueden presentar casos donde él nutriólogo comienza a tratar al paciente fuera de lo concerniente al tratamiento, lo que puede llegar a incomodar al paciente y, posteriormente, dejar el tratamiento.

Este tipo de relación interfiere en la adherencia al tratamiento. Como se muestra en las siguientes citas: “No debería de regañarte, porque hay veces, que mi papá va a un nutriólogo y va y le dice, *ponte las pilas*, pero es un doctor ¿no? digámoslo que es el doctor, pero no se tiene que meter pues, se está metiendo más allá las recomendaciones formales, no es de que y *¡ay, gordito!* ¿No?, o sea, no se tiene que llevar, ni hacerte comentarios malos, porque si no, no vas a volver, si de por si la gente no vuelve, y es gorda, muy insegura y todavía la haces más insegura con tus comentarios...” (Hilda); “En el trato hay es demasiado cariño del que yo le quiero dar a él, hasta el punto que era muy amigable, (él) era de que: *me mándame un mensajito de texto* y yo de que ah bueno, pero nunca se los mandaba no quería una relación (sentimental) con mi nutriólogo, había cosas que por ejemplo en el primer mes yo me sentía muy mal conmigo misma pero muy, muy mal y si le llegue a hablar pero para preguntarle si era normal nomas, pero empezó hablarme más y así y de repente le dejo de mandar mensajes, y ya no quise involucrarme más allá de amabilidad...”(Cruz).

Tabla 4.

Interacción Comunicativa Unilateral Inapropiada (3 casos)

Nutriólogo	Paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Regaña si no se cumplen los objetivos • No permite la retroalimentación • No toma en cuenta el alcance o las limitaciones del paciente • No explica los criterios del tratamiento • En ciertos casos, el nutriólogo llega a cruzar la línea profesional relación médico-paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • No siente la confianza de preguntar o aclarar dudas • Percibe el trato del médico como distante o “por obligación” • Perciben falta de interés por parte del médico • Llegan a sentirse incómodos durante el tratamiento • Suele dejar el tratamiento en etapas muy tempranas del mismo

Como se puede observar, la *Interacción Comunicativa Unilateral Apropriadada*, es una de las relaciones más interesantes, debido a que las personas se sienten más cómodas cuando el nutriólogo posee en su trato características consideradas como estrictas, ya que la total flexibilidad, no es atractiva para ellos, prefieren que les digan lo que tienen que hacer. Esto podría ser explicado por lo mencionado en *Modelo Paternalista*, donde es el médico el que toma un rol autoritario, y dirige gran parte del tratamiento, mientras el paciente acepta y sigue las indicaciones (Arrubarrena, 2011).

La segunda relación, *Interacción Comunicativa Bilateral Apropriadada*, resultó ser la relación más recurrente, debido a que fue la que tuvo mayor presencia y preferencia por los participantes. Esto se podría explicar, que, al existir un trato personal, cálido, empático, recíproco y de retroalimentación por parte del nutriólogo, el paciente se siente con la confianza de involucrarse y comprometerse con el tratamiento, lo que está en concordancia con Pattakou-Parassiri y Nestoros (2007), donde refieren que la importancia de la relación médico-paciente, radica en una buena comunicación.

Por último, se destaca la *Interacción Comunicativa Unilateral Inapropiada*, ya que se cruza con los límites de la ética profesional y resulta alarmante que ocurran este tipo de situaciones, puesto que se pone en juego la integridad de los pacientes, y por consecuencia afectan la adherencia, y es probable que la persona no vuelva a buscar atención nutricional. Bien lo menciona Rodríguez (2006), la ética es la base para la gestión de la salud.

Capítulo 5. Discusión

Este capítulo se conforma por tres apartados. En el primero, se derivan las conclusiones generales obtenidas a partir de los resultados, y se les da respuesta a las preguntas de investigación. En el segundo apartado, se plantean las implicaciones prácticas del estudio, donde se proponen algunas posibles aplicaciones de esta investigación. Finalmente, se exponen las limitaciones que se llegaron a presentar en el estudio, así como algunas sugerencias para futuras investigaciones.

5.1. Conclusiones generales del estudio

En este estudio, se llegó a una aproximación interesante del fenómeno. Se encontró que las principales experiencias relacionadas con la adherencia al tratamiento nutricional tienen que ver con un aprendizaje de nuevos hábitos alimentarios, un cambio en la rutina y con el desarrollo de la responsabilidad para el cumplimiento del tratamiento, donde se destaca el aprendizaje como el elemento más importante.

Por lo que se puede concluir que la adherencia al tratamiento nutricional es representada, principalmente, como un proceso de aprendizaje de nuevos hábitos alimentarios, lo que implica aprender a alimentarse correctamente, adecuar sus horarios de consumo, elegir alimentos de mayor calidad nutricional, así como calcular las calorías y medir las porciones de los alimentos. Dichos hallazgos se pueden relacionar con los de Durá y Castroviejo (2011) donde mencionan que la educación nutricional es un factor importante para promover la adherencia al tratamiento.

Respecto a los motivos para iniciar el tratamiento, se identificó a la *Insatisfacción con el aspecto físico corporal* como el principal factor, seguido por la *Disposición al cambio de hábitos alimentarios*, el *Recibir ánimos de parte de la familia*, *Mejorar el estado*

de salud, y verse bien para sí mismo, lo cual, implica que las participantes de este estudio dan mayor importancia a la apariencia física corporal cuando se trata de iniciar un tratamiento nutricional, en comparación con otros motivos como el de mejorar la salud. Lo anterior coincide con el estudio de Mollinedo y colaboradores (2013), aunque en este estudio dichos de autores, son motivaciones relacionadas con el ejercicio. El código de *Disposición al cambio de hábitos* se relaciona con los hallazgos de Moraga (2005) y Schmidt et al. (2006) donde se menciona que, para poder iniciar un tratamiento, hay que tener la intención y determinación de querer iniciarlo.

Para los motivos de mantenimiento, se identificaron los siguientes: *Recibir elogios*, que resultó ser el elemento que tuvo mayor recurrencia; *establecimiento de objetivos*; *observar cambios físicos favorables* y *conocimiento de los riesgos de la obesidad* en ese orden.

En el caso de los códigos de *conocimientos de los riesgos de la obesidad y mejorar el estado de salud de la obesidad* de salud, los cuales se encuentran relacionados entre sí, resultaron coincidentes con el estudio de Daw et al. (2016), donde identificó que buscar una mejora en el estado de salud representa un motivo que implica un aumento de la adherencia al tratamiento. El motivo de *Recibir elogios* coincide con Arias (2001) donde menciona que el apoyo social es importante para cumplir con los tratamientos.

Respecto al *Establecimiento de objetivos en el tratamiento* y *Observar cambios físicos favorables*, son motivos que no se reportan en los antecedentes revisados, sin embargo, se entiende que están implícitos en el tratamiento, por ello se plantea la importancia de establecer objetivos asequibles a los pacientes para que puedan observar sus progresos de manera constante y, por ende, favorecer la adherencia al tratamiento.

En relación con las barreras percibidas, se identificaron cinco: *los hábitos alimentarios poco saludables de la familia, insatisfacción con la dieta, falta de dinero para el tratamiento, falta de tiempo para preparar alimentos y la influencia de amigos*. Al respecto se encontró una correspondencia con las barreras mencionadas por Madriagala y Romero (2016) y Villacrés (2017) relacionadas con la falta de tiempo, responsabilidades familiares, sociales y los altos costos de los servicios de salud.

Un elemento que destacar, son las barreras relacionadas con los hábitos alimentarios poco saludables de la familia, ya que se considera un factor difícil de cambiar para los participantes. Esto se puede explicar debido a que la mayoría de los hábitos alimentarios son adquiridos en el contexto familiar sumado a que el resto de los integrantes de la familia siguen con los mismos hábitos desfavorables, donde los que suelen proveer los alimentos, no toman en cuenta o no valoran las necesidades nutricionales del familiar en tratamiento.

Para la relación médico-paciente, se identificaron tres tipos de relaciones: 1) *Interacción Comunicativa Unilateral Apropriadada*; 2) *Interacción Comunicativa Bilateral Apropriadada*; 3) *Interacción Comunicativa Unilateral Inapropiada*. A partir de ello, se concluye que es evidente la influencia que existe en el tipo de interacción para que las personas logren adherirse al tratamiento, dado que tanto la *Interacción Comunicativa Unilateral Apropriadada* como la *Interacción Comunicativa Bilateral Apropriadada* funcionan mejor en función de las preferencias del paciente. Sin embargo, en este estudio se encontró que el segundo tipo de interacción poseía más peso que las demás, por lo que resulta interesante para los nutricionistas prestarle atención a la hora de abordar a los pacientes e intervenir, pero sin dejar de lado el primer tipo de interacción.

Por última instancia, se debería evitar el último tipo de relación identificado como *Interacción Comunicativa Unilateral Inapropiada*, ya que resultó ser un tipo de interacción que puede presentarse en el tratamiento pero que entorpece el proceso, y desmoraliza o incomoda a las personas.

En comparación con otros estudios, se coincide el hecho de recibir más información y un mejor trato por parte del nutriólogo, existe mayor adherencia al tratamiento (Soria, et al. 2011), siguiendo esta línea, otros autores que destacan el trato personalizado al paciente son Zambrano et al., Koch et al. (2009), y la OMS (2004), que también mencionan que debe existir un ambiente de empatía y calidez para incrementar la adherencia. Por lo tanto, independientemente del estilo del nutriólogo, es indispensable crear un ambiente cómodo para favorecer la adherencia del paciente, donde exista respeto, cordialidad y profesionalidad.

En conclusión, las personas experimentan la adherencia al tratamiento nutricional como un proceso de aprendizaje de nuevos hábitos alimentarios saludables, el cual, involucra una serie de cambios en su estilo de vida, donde se desarrollan actitudes para planear y llevar a cabo los objetivos planteados. Las personas manifiestan que es más fácil adherirse al tratamiento cuando se sienten motivadas. Estas motivaciones pueden contrarrestar las barreras, situaciones o eventos que entorpecen el proceso terapéutico. Otro aspecto por destacar es que los grupos sociales, como la familia y las amistades, tienen un peso importante tanto como agentes motivadores como de barreras, por lo que se sugiere tomarlos en cuenta en los tratamientos. Finalmente, se menciona que es importante establecer un ambiente cómodo, cordial y profesional entre el médico y el paciente, para favorecer la adherencia al tratamiento nutricional.

5.2. Limitaciones del estudio y prospectiva

Entre las principales limitaciones, se puede mencionar la falta de bibliografía referente a la adherencia en personas con sobre peso y obesidad sin comorbilidad, ya que la gran mayoría de estudios cualitativos y cuantitativos, se enfocan en las experiencias de personas con diabetes tipos 2 o hipertensión. De ahí, también, la relevancia de estudio de este tipo que se enfoca en la prevención.

Como sugerencias para futuras investigaciones, sería interesante agregar al estudio, la perspectiva del nutriólogo, con el fin de observar cómo se percibe el fenómeno desde el punto de vista de todos los involucrados, y así tener un abordaje más amplio de adherencia, al comparar ambas perspectivas.

También, se sugiere tener la misma cantidad de informantes hombres y de mujeres, con el objetivo de observar si existe alguna diferencia en las experiencias y percepciones relacionadas con las barreras y motivaciones.

Además, sería conveniente, estudiar el fenómeno de manera mixta al llevar a cabo entrevistas semiestructuradas y aplicar instrumentos cuantitativos, con el fin de observar la correspondencia entre lo que se reporta en las entrevistas con lo que se obtenga en los instrumentos.

Otro aspecto que considerar, sería incrementar el número de participantes a 20, esto para reforzar algunos códigos y categorías que se llegaron a considerar importantes pero que al final quedaron fuera del estudio por falta de recurrencia y la poca viabilidad de regresar a campo a realizar otras entrevistas.

5.3. Implicaciones prácticas del estudio

Dado a los resultados obtenidos, se puede dar pie a la generación de nuevos planes de intervención orientadas al desarrollo educativo de las personas en cuestiones relacionadas

con las practicas alimentarias saludables, y que, a su vez, exista una constante retroalimentación para reforzar el aprendizaje, y no limitarse solo a dar información.

Con los tipos de interacción relación médico-paciente, se podría elaborar algún manual práctico dirigido a estudiantes de nutrición que les pueda servir como guía para saber qué tipo de trato o acercamiento es más conveniente para los pacientes y cómo hacerlo, así como aportar algunos aspectos relacionados a la formación de su ética profesional, que es algo fundamental para el desempeño de cualquier profesión. De modo que los futuros nutriólogos obtengan competencias enfocadas a mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes, al poder realizar trabajos más personalizados.

Además, dado el importante peso que tiene la familia durante el tratamiento nutricional, sería conveniente incluirla durante cada sesión o al menos en la mayoría, de tal manera que la familia siempre esté presente, y al igual que al paciente, instruirla, educarla y retroalimentarla, para que todos se encuentren en la misma sintonía, modificando el contexto de la persona, y así minimizar el riesgo de recaídas y favorecer la adherencia.

Referencias bibliográficas

- Ahmed, R., & Aslani, P. (2014). What is patient adherence? A terminology overview. *International journal of clinical pharmacy*, 36(1), 4-7.
- Alfonso, L. (2018). Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista cubana de medicina general integral*, 33(4).
- Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4), 0-0.
- Alfonso, L. & Grau, J. (2004). La Investigación de la Adherencia Terapéutica como un problema de la Psicología de la Salud. *Psicología y Salud*, 14(001), 89-990.
- Álvarez, E., & Barra, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 63-72.
- Álvarez, P., Rosendo, E., & Alchieri, J. C. (2015). Investigaciones en el campo de la salud mental alcances y limitaciones del concepto de adhesión al tratamiento. *CIAIQ2015*, 1.
- American Psychological Association (2017). Salud Mental/Corporal: La Obesidad Washington, EU. Centro de apoyo APA. Recuperado de:
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/obesidad.aspx>.
- Apps, J. W. (1985). *Improving practice in continuing education: Modern approaches for understanding the field and determining priorities*. Jossey-Bass.
- Arias, G. Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.

- Arrubarrena, A. (2011). La relación médico-paciente. *Revista Cirujano General*, 33(2), 122-125.
- Ávila-Sansores, G. M., Gómez-Aguilar, P., Yam-Sosa, A. V., Vega-Argote, G., & Franco-Corona, B. E. (2013). Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichan*, 13(3).
- Baile, J. & González, M. (2013). *Intervención Psicológica en Obesidad*. Ediciones Pairámide.
- Barceló, M., & Borroto, G. (2001). Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 20(4), 287-295.
- Barroso, M. & Picón, A. (2004). La importancia de los costes de cambio en el comportamiento del cliente. *Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa*, 10(3), 209-232.
- Bautista, M., Galván, A., Martínez, I., Álvarez, A., & García, R. (2017). Ideal Corporal Masculino: Percepciones De Estudiantes Universitarios De Nutrición. *European Scientific Journal, ESJ*, 13(26), 1.
- Bissonnette, J. M. (2008). Adherence: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 63(6), 634-643.
- Bonvecchio, A., Fernández-Gaxiola, A., Belauseguioitia, M., Kaufer-Horeitz, M, Pérez, A & Rivera, J. (2014). *Guías alimentarias y de actividad física en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana*. Intersistemas S.A. de C.V.

- Buendía, L., Colás, M., & Fuentesanta, P. (1998). *Métodos de investigación en psicopedagogía*.
- British Association for Applied Nutrition & Lifestyle Medicine. (s.f.). Nutritional Therapy. United Kingdom. Recuperado de: <https://bant.org.uk/page/2/>
- Cabelló, M., & Zúñiga, J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia uanl*, 10(2).
- Campos, Y. & Romo, T. (2014). La complejidad del cambio de hábitos alimentarios. *Psicología de la Salud*. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/complejidad-cambio-habitos-alimentarios/>
- Cardoso, M., Pascual, R., Moreno, G., Figueroa, M., & Serrano, C. (2007). *Investigación cualitativa y fenomenología en salud. Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 10(1-2).
- Castañeda, C., Zagalaz, M., Arufe, V., & Campos, M. (2018). Motivos hacia la práctica de actividad física de los estudiantes universitarios sevillanos. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 13(1), 79-89.
- Celedón, C. (2016). Relación médico paciente. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 76(1), 51-54.
- Córdoba, S., López, M., & Bautista, A. (2012). Creencias en Salud de la Persona que Vive con Diabetes. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 20(8), 255-260.

- Dailey, K. (2013). ¿Es la obesidad una enfermedad? BBC. Recuperado de:
http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/06/130625_salud_obesidad_enfermedad_gtg
- Daw, M., De la Torre Díaz, M., Seáñez, E., Rentería, J. & Duarte, M. (2016). Motivos para la práctica de actividad física recreativa e inactividad en la población de Chihuahua (México). *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 36(1), 10-16.
- Del Campo, M. (2012). ¡Yo Quiero Aprender! Una revisión al concepto de motivación. *UCMaule-Revista Académica de la Universidad Católica del Maule*, (43), 41-55.
- Díaz, L. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Diccionario de la Real Academia Española (2017). Dieta. Recuperado de:
<https://dle.rae.es/?id=DiU68a5|Did4M1I>
- Dilla, T., Valladares, A., Lizan, L., & Sacristán, J. A. (2009). Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies. *Atencion primaria*, 41(6), 342.
- DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role. New York, NY: Pergamon Press. 335.
- Durá, T. & Castroviejo, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602-608.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2000). Recuperado de:
https://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006). Recuperado de:

<https://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Recuperado de:

<https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (2016). Recuperado de:

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

Facchini, M. (2004). Cambio de conductas en tratamientos de larga duración: Relación médico-paciente. *Medicina (Buenos Aires)*, 64(6), 550-554.

Flórez, L. (2007). *Psicología de la Salud. Promoción y Prevención*. Manual Moderno. Colombia.

Furlong, M., Glejzer, M., Wechsler, C., Zappone, M. D. C., & Fortunato, C. (2016).

Motivación y adherencia al tratamiento de niños de 6 a 13 años con sobrepeso y obesidad del HIGA Eva Perón. Inmanencia. *Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 4(2).

García, I. & Morales, B. (2015). Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Universitas Psychologica*, 14(2), 511-522.

Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). Compliance in health care.

Barberá, E. (1997). Marco conceptual e investigación de la motivación humana. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2(1).

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Datos estadísticos de mortalidad.

Recuperado de:

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>.

Kauffer-Horwitz, M., Tavano-Colaizzi, L. y Avila-Rosas, H. (2001). *Obesidad en el Adulto*. In Nutriología Médica. Editorial Médica Panamericana. México

Keller, F.S. (2016). *La definición de Psicología*. México. Trillas.

Koch, S. D. A.; Montero, Y. B.; Escalante, G.; D'Orazio, A. y Benitez, A. (2009). La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. *MedULA*, 18(1), 33-39.

Laín (1969). *El médico y el enfermo*.

López-Amador, K. H., & Ocampo-Barrio, P. (2007). Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*. 19(2), 80-86.

Luhers, N., Geymonat, A., & Acuña, J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Biomedicina*, 10(1), 20-33.

Madariaga, A., & Romero, S. (2016). Barreras percibidas entre los jóvenes para no participar en actividades de ocio. *Revista de psicología del deporte*, 25(4), 0021-26.

- Marí, R., Bo, R., & Climent, C. (2010). Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista. *Revista de Ciències de l'Educació*, 1(1), 113-133.
- Martínez, P. (2011). El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica. *Revista científica Pensamiento y Gestión*, (20).
- Martínez, M. (2009). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Mollinedo, F., Ortiz, P., Araujo R., & Balderas, L. (2013). Índice de masa corporal, frecuencia y motivos de estudiantes universitarios para realizar actividad física. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 27(3).
- Montiel, M y Domínguez, M (2011). Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(2).
- Moraga, R. (2005). Estudio cualitativo sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en diabéticos. *Revista Chilena de Salud Pública*. 9(3), 162.
- Morales, J. (2010). Obesidad. Un enfoque multidisciplinario. *Ciencia al día*. México
- Moreno, S. (2014). La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 20(1).
- Moreno, E., & Gil, J. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1).

Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (Tercera edición). Cengage Learning.

Oliveros, M. C. (2010). *Obesidad: Una visión fenomenológica-existencial* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Madrid).

Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=270

Organización Mundial de la Salud. (2009). La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. III Foro. Diálogos Pfizer-pacientes. Recuperado de:
https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). 10 datos sobre Obesidad. Recuperado de:
<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva No 311. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (2017). Enfermedades Crónicas. Recuperado de:
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2017). Obesity Update 2017. Recuperado de: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>

- Orrego, C., Pérez, I., & Alcorta, I. (2009). Identificación de barreras y facilitadores. *Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*, 27-38.
- Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652.
- Ospina, D. E. (2008). La relación terapeuta-paciente en el mundo contemporáneo. *Investigación y Educación en Enfermería*. 26(1).
- Pattakou, V. & Nestoros, J. (2007). La alianza terapéutica y el compromiso en la terapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2).
- Pérez, Soler, & Morales. (2016). Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *Medisan*, 20(1), 3-9.
- Piña, J. y Sosa, J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*. 6. 399-407.
- Pisano, M. & González, A. (2013). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*. 24 (1). 59-66.
- Schmidt, J., Cruz, F., Villaverde, C., Prados, D, García, M., Muñoz, A., & Pappous, A. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo. *Index de Enfermería*. 15(24). 25-29.

- Rivera, J., Hernández, M., Aguilar, C. & Murayama, C. (2013). *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*. Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial. México.
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 20(12), 600-607.
- Rodríguez, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*. 32(4), 0-0.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Métodos de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rubio, R., & Varela M. (2016). Barreras percibidas en jóvenes universitarios para realizar actividad física. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42.
- Sampieri, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México. Mc Graw Hill.
- Sánchez, D., & Contreras, Y. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 528-533.
- Secretaría de Salud Pública del estado de Sonora. (2016). Indicadores de sobrepeso y obesidad. México. Recuperado de: <http://www.gob.mx/salud/articulos/indicadores-de-sobrepeso-y-obesidad>.
- Shaw, E. (1999). A guide to the Qualitative Research Process: Evidence from a Small Firm Study. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2(2): 59-70

- Soria, R., Vega, Z., Nava, C. & Saavedra, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*, 2(17) 223-230.
- Starks, H., & Brown Trinidad, S. (2007). Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative health research*, 17(10), 1372-1380.
- Soto, F., Lacoste, J. A., Papenfuss, R., & Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista española de salud pública*, 71(4), 335-341.
- Tárraga, A, Loreto, M., Rosich, N., Panisello, J., Gálvez, A., Serrano, J. & Tárraga, P. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 741-748.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American journal of evaluation*, 27(2), 237-246.
- Torresani, M., Maffei, L., Squillace, C., Belén, L., & Alorda, B. (2011). Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *Diaeta (B. Aires)*, 29(137), 31-38.
- Troncoso, C., Delgado, D., & Rubilar, C. (2013). Adherence to treatment in patients with Diabetes type 2. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 22(1), 09-13.
- Ulloa, H., Gutiérrez, M., Nares, M., & Gutiérrez, S. (2017). Importancia de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa para la Educación. *EDUCATECONCIENCIA*, 16(17).

- Uribe, J. (2006). Las prácticas alimentarias relacionadas con la búsqueda del ideal corporal. El caso de la ciudad de Medellín (Colombia). *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 20(37).
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*. 4(8). 47
- Vallerand, R. J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Advances in experimental social psychology*. 29, 271-360.
- Vermeire, E., Van Royen, P., Coenen, S., Wens, J., & Denekens, J. (2003). The adherence of type 2 diabetes patients to their therapeutic regimens: a qualitative study from the patient's perspective. *Practical Diabetes*, 20(6), 209-214.
- Villacrés, M. (2017). Modelo transteórico y barreras percibidas para el mantenimiento de conductas saludables en un grupo de individuos prediabéticos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador luego de un programa de intervención de prevención de diabetes. (Tesis de especialidad en medicina familiar). Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. Ecuador.
- Zambrano, R., Duitama, J., Posada, J., & Flórez, J. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 163-174.

ANEXOS

Anexo 1.

Tabla 4. Guía de entrevista

<i>Objetivo General</i>	<i>Objetivos específicos</i>	<i>Preguntas(anexo)</i>
Analizar los motivos, barreras percibidas, y relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento nutricional de personas adultas con sobrepeso y obesidad	Explorar las experiencias que los participantes manifiestan relacionadas al tratamiento nutricional	¿Qué significa para ti estar en tratamiento?, ¿Qué expectativas tenías respecto al tratamiento antes de iniciarlo?
	Identificar las barreras que dificultan la adherencia al tratamiento nutricional	¿Cuáles son los obstáculos que consideras que te dificultan seguir con el tratamiento?, ¿Qué te impide cumplir con el tratamiento?, ¿Hay algo que no te guste de tu tratamiento? ¿Qué es?
	Identificar los motivos para iniciar y mantenerse en el tratamiento nutricional	¿Qué o quienes te motivaron para iniciar el tratamiento?, ¿Qué te motiva actualmente?, ¿Qué crees que necesitas para motivarte?, ¿Cómo te motivas?
	Describir las características de la relación médico-paciente que facilitan o interfieren en la adherencia al tratamiento	¿Cómo es tu relación con el médico?, ¿Cómo te sientes?, ¿Cómo te has sentido?, ¿Cómo sientes las instrucciones que te da?, ¿Qué crees que hace falta?, ¿Cómo crees que debería ser?, ¿Cómo no debería ser?, ¿Qué de eso te ayuda en la adhesión al tratamiento?

Anexo 2.

Consentimiento informado

Código

Paciente:

Fecha: _____

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado y en consecuencia autorizo mi participación voluntaria en la investigación denominada *Motivos, barreras percibidas y relación médico-paciente en la adhesión terapéutica de personas adultas con sobrepeso y obesidad en tratamiento nutricional*, colaborando en una entrevista y respondiendo un cuestionario de hábitos y actividad física.

Tengo en cuenta que:

1. He comprendido la naturaleza y propósito de la evaluación y del estudio
2. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas
3. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento
4. Reconozco que todos los datos proporcionados son ciertos y que no he omitido ninguno que pueda influir en el estudio
5. La información se usará para fines académicos y científicos
6. Mi nombre no será utilizado en ningún informe, mi información será confidencial
7. Autorizo se grabe la entrevista en el entendido de que al ser transcrita este audio será eliminado
8. El estudio no conlleva ningún riesgo

Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi expreso consentimiento a la realización del estudio propuesto

Firma