

## VIVENCIAS SUBJETIVAS DE ADOLESCENTES CON OBESIDAD RESPECTO A SU TRATAMIENTO

### SUBJECTIVE EXPERIENCES OF ADOLESCENTS WITH OBESITY REGARDING TO THEIR TREATMENT

Carolina Aspillaga H. (1), Claudia Cruzat M. (2,3), Maite Torres A. (1),  
Constance Haemmerli D. (1), Cristhian Pérez V. (4), Andrea García T. (1), Macarena Díaz B. (1),  
Consuelo Vidal G. (1), Vicente Llona S. (1), Constanza Gana R. (1)

(1) Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo.

(2) Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.

(3) Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

(4) Universidad de Concepción, Santiago, Chile.

#### ABSTRACT

*The objective of this study was to understand the subjective experiences of Chilean adolescents with obesity, regarding their treatment to lose weight. A qualitative methodology and descriptive design was performed. The sample was formed by nine participants between 13 and 18 years old. The data was collected through focused interviews and was analyzed according to the principles of Grounded Theory. Results indicate that for participants is important to have a multidisciplinary treatment with environment support to fulfill its realization. Intrinsic motivation to create change is as relevant and feeling that it is possible to carry out the treatment and see the positive effects of it, takes great relevance. As for the conflicts that occur in their implementation, important points are the lack of consistency, difficulty of changing habits and the external environment, when it does not help to maintain treatment. Key words: obesity, adolescence, meanings, experiences, treatment.*

Este trabajo fue recibido el 13 de Diciembre de 2011 y aceptado para ser publicado el 15 de Abril de 2012.

#### INTRODUCCIÓN

La obesidad es una de las enfermedades con mayor índice de morbilidad y mortalidad en la población mundial. Su incidencia ha aumentado significativamente en las últimas décadas (1), alcanzando en Chile según la Encuesta Nacional de Salud, una prevalencia en adolescentes entre 15 a 24 años de un 23,2%. Si comparamos la Encuesta Nacional de salud del 2003 con la última 2010, la situación de sobrepeso aumentó de 37,8% a 39,3% y la obesidad de 23,2% a 25,1% (2).

Durante la infancia y adolescencia la obesidad constituye el mayor problema de índole sanitaria debido a su creciente prevalencia y a sus consecuencias con respecto a la expectativa y la calidad de vida futura (3). Entre sus implicancias para la adultez, se describen repercusiones sociales y económicas (4) relacionadas con discriminación, depresión, baja autoestima y enfer-

medades crónicas (5).

Pese que la obesidad es un problema generalizado, que cuenta con años de investigaciones, continúa sin solución e incrementa su impacto en la salud pública (6). Por esto es esencial contar con estudios que aprecien holísticamente la obesidad y permitan identificar intervenciones efectivas (7). No obstante, se conoce poco los factores asociados a la calidad de vida en la juventud con sobrepeso u obesidad (8), y cómo las alteraciones en el desarrollo, en cuanto al peso y la psicopatología, interactúan durante la infancia y la adolescencia (9). Hasta la fecha no se han encontrado estudios en los que las temáticas asociadas a las intervenciones sean exploradas desde la perspectiva de los propios jóvenes con obesidad (10).

El presente estudio tiene por objetivo describir los significados y vivencias subjetivas de jóvenes con obe-

idad respecto a su enfermedad y tratamiento.

### SUJETOS Y MÉTODO

Este estudio utilizó metodología cualitativa de carácter exploratorio y descriptivo, cuyo análisis de datos se basó en los principios de la Grounded Theory (11), metodología que resulta apropiada para acceder a los procesos subjetivos desde la propia perspectiva de los actores involucrados. La Grounded Theory constituye un método privilegiado para realizar este proceso, construye modelos teóricos emergentes desde las mismas respuestas del sujeto, acerca de las interacciones de los diferentes aspectos del fenómeno en estudio (12). Sus procedimientos han sido diseñados para desarrollar un conjunto de conceptos integrados que provea una explicación teórica detallada de los fenómenos sociales estudiados (11, 13).

La razón para utilizar esta metodología es de carácter conceptual, pues a través de ella se accede a una mayor profundidad de respuesta y por lo tanto, a una mayor comprensión de la que se puede obtener mediante técnicas cuantitativas. Esta metodología contiene procedimientos que permiten investigar la vivencia del paciente desde su perspectiva subjetiva, incluyendo su propia valoración (14).

Participaron en esta investigación nueve adolescentes (tres hombres y seis mujeres) seleccionados de manera intencionada en base a los siguientes criterios de inclusión: presentar diagnóstico de obesidad, tener entre 13 y 18 años de edad y estar en tratamiento por esta enfermedad. Todos los entrevistados se encontraban participando del programa de un mismo centro privado de tratamiento integral de obesidad, de la ciudad de Santiago, Chile, y llevaban más de dos meses en él, y ya habían experimentado una reducción de su peso corporal.

Si bien la aspiración inicial del estudio era contar con una muestra más heterogénea y amplia, debido a las dificultades para contactar pacientes que accedieran a colaborar, además de tener en consideración el carácter exploratorio del estudio, la muestra quedó conformada por nueve participantes que se atendían en el mismo lugar. Considerando el carácter exploratorio del estudio, sus objetivos y el tamaño de la muestra, no se realizaron comparaciones de los resultados por género. Esto se fundamenta en que es una primera aproximación al fenómeno, en donde se buscó identificar los aspectos más relevantes considerados por los jóvenes como significativos, para llevar a cabo su tratamiento.

Es necesario señalar que en dicha institución trabajan conjuntamente, nutricionistas, kinesiólogos, profesores para acondicionamiento físico y psicólogos.

El tratamiento dura seis meses e incluye también la realización de actividad física y educación nutricional.

Para contactar a los participantes, una nutricionista sirvió de informante clave e invitó a participar a sus pacientes adolescentes con diagnóstico de obesidad, que cumplieren con los criterios de inclusión. Para recoger la información, se realizaron entrevistas de forma privada e individual – realizadas por psicólogos. Éstas fueron de carácter semiestructuradas, de respuestas abiertas, y efectuadas en base a un guión de temas a tratar, que fue transversal a todos los participantes. Todas fueron registradas en audio, y luego se transcribieron íntegramente.

Las grandes temáticas abordadas fueron: significados atribuidos a la obesidad; causas de su obesidad; hábitos de alimentación y ejercicios familiares y personales; impacto en la vida familiar y social atribuidos a la obesidad y significados y creencias asociadas al tratamiento de la obesidad.

Anterior a la realización de la entrevista, los participantes firmaron un asentimiento informado en donde se les explicaban las características del estudio y voluntariedad de su participación. A su vez, y debido a que la muestra estaba constituida en su mayoría por menores de edad, los padres también dieron la autorización para que sus hijos/as participasen. La realización del estudio fue autorizada por la Dirección de Investigación de la Universidad del Desarrollo y por el Centro en donde fue recolectada la muestra.

Para resguardar los criterios de rigor científico, se privilegió la transparencia, es decir, la posibilidad de que el lector comprenda el modo en que se establecieron los resultados, incluyendo información clara y precisa del procedimiento metodológico, desde la selección de la muestra hasta la presentación de resultados. A lo anterior, se sumó la triangulación de analistas, que consistió en la inclusión de diferentes investigadores para la categorización de la información recopilada, lo que permitió un permanente análisis conjunto y búsqueda de consenso en las categorías que fueron emergiendo.

El análisis de la información recopilada se llevó a cabo de acuerdo a los procedimientos consignados por la Grounded Theory (11). Tras la transcripción del material, éste fue codificado de manera de articularlo descriptivamente, por medio de la codificación abierta. Esto implica que las categorías son de carácter emergente, es decir se realizaron en base a las mismas respuestas de los participantes y no a partir de criterios prefijados por los investigadores. Esto permitió maximizar las posibilidades de descubrir nuevos hallazgos sobre el objeto de estudio, favoreciendo la posterior formulación de un modelo explicativo respecto de los procesos involucrados en el tratamiento de la obesidad.

**RESULTADOS**

Tras la realización de la codificación abierta, se obtuvieron los resultados descriptivos que se presentan ordenados en categorías y sub-categorías, que se intercalan con extractos textuales de citas de las entrevistas, de modo de ejemplificar lo planteado. En la tabla 1, se describe y explica detalladamente cada una de categorías y sub-categorías.

**I.- Movilización para el cambio y tratamiento**

Existe consenso en que la principal motivación para iniciar el tratamiento debe ser intrínseca, y es significada como requisito necesario para obtener buenos resultados:

“Creo que solamente lo puede hacer uno...nadie más puede involucrarse en eso...porque si yo dijera expresamente “no saben qué, que yo ya no quiero estar más en este tratamiento”, me salgo y yo misma fui la que dije quiero estar acá...” (Entrevista III, párrafo 46).

En la mayoría de los casos, el objetivo de iniciar el tratamiento es cambiar la apariencia física para dejar de verse con sobrepeso, sentirse una persona más atractiva,

y eliminar las limitaciones en la vida cotidiana, que asocian a la obesidad, las cuales se relacionan con usar la ropa deseada y poder hacer ejercicio:

“[Quiero] Verme diferente. En un momento me compré una polera y subía tanto de peso y no me la podía poner y era la que más me gustaba” (Entrevista V, párrafo 33).

Este deseo personal es gatillado en un momento particular, que puede deberse a una indicación médica, a la toma de conciencia de la propia obesidad o a la vivencia de una situación de rechazo. Dada la edad de los participantes, el evento de rechazo suele ocurrir en el colegio, donde ocurren maltratos o burlas que afectan al sujeto y le provocan deseos de adelgazar.

“... como que yo siempre he sido así normal, pero me trataron mal, entonces yo misma dije que no quería seguir así... además yo me quería ver linda... y decidí cambiar mi estilo de vida” (Entrevista II, párrafo 34).

En otros casos, la vivencia de rechazo es sentirse ignorados por la persona que les atrae:

“... porque primero fue que me gustaba un niño y

**TABLA 1**

**Categorías y sub-categorías obtenidas tras la codificación abierta de los datos.**

| <b>Categorías</b>   | <b>Sub-categorías</b>   | <b>Sub-categorías</b>   |
|---|---|---|
| I.- Movilización para el cambio y tratamiento                   | a) Motivadores<br>b) Gatillantes  |   |
| II.- Vivencias relativas a intentos previos de tratamiento      | a)Experiencias positivas<br>b) Experiencias negativas   |   |
| III.- Vivencias relativas al tratamiento actual                 | a) Evaluación del tratamiento<br><br>b) Rol de los profesionales en el tratamiento<br>c) Rol de los padres en el tratamiento<br>d) Factores favorecedores de la mantención en el tratamiento<br>e) Factores que dificultan llevar a cabo el tratamiento<br>f) Favorecedores del éxito del tratamiento<br>g) Percepción de los logros obtenidos con el tratamiento | -aspectos que modificaría el tratamiento<br>-aspectos valorados del tratamiento<br><br>- Rol del nutricionista<br>- Rol del psicólogo |
| IV.- Vivencias relativas a los cambios asociados al tratamiento | a) Cambios en la percepción de sí mismo<br>b) Cambios en la relación con la actividad física<br>c) Cambios en la relación con la comida   |   |

como que igual teníamos onda y una amiga... “amiga” (cambia a tono irónico), se metió y ella igual tenía mejor físico que yo, y claro terminó eligiendo lo mejor, claro yo me sentí súper mal, estuve súper mal y ahí fue cuando ella no me podía hacer eso, pero ahí fue cuando eso me motivó a querer ser yo más flaca no sé cuidarme más de mí” (Entrevista II, párrafo 36).

La presencia de un evento social importante para ellos, también puede ser un gatillante:

“(…) también la gala que quería usar un vestido que sea precioso y el ir a comprarte ropa y llevarte lo que a ti te gusta, y no lo que te queda bien, entonces eso es lo que yo creo que afecto hartó” (Entrevista I, párrafo 19).

## II.- Vivencias relativas a los intentos previos de tratamiento

Los participantes refieren intentos previos para adelgazar, los que generalmente habían tenido malos resultados. En los casos estudiados los pacientes desertaron espontáneamente. La adherencia había sido inconstante, lo que atribuyen a una falta de motivación intrínseca:

“Si me hacían hacer dieta no quería, tenía que salir de mí...pero después estaba mal... estaba muy mal entonces ya, ya voy a ir...entonces ahora por eso vengo sola no me gusta estar con familia” (Entrevista VI, párrafo 93).

Además de la falta de motivación, también se responsabiliza de los malos resultados a la falta de supervisión externa de los avances y cambios, y a un trabajo centrado en el control de la dieta que no consideró educar en relación a la alimentación y en donde la realización de actividad física no era relevante. La siguiente cita refleja lo planteado:

“Sí, pero no era como aquí...que era con actividad física y alimentación. Allí era solamente alimentación y si uno quería, o sea era obligatorio, pero uno no era constante, por ejemplo si uno quería hacía como 20 minutos bicicleta en la casa...y eso” (Entrevista VIII, párrafo 73).

## III.- Vivencias relativas al tratamiento actual

Esta categoría fue dividida en siete subcategorías que se describen a continuación:

### a) Evaluación del tratamiento:

En general, los participantes reportan estar altamente satisfechos con el tratamiento del que participan, principalmente porque sienten que éste se preocupa de todos los aspectos involucrados con el sobrepeso, incluyendo aspectos psicológicos y físicos, y que éste está a cargo de un equipo multidisciplinario donde los profesionales trabajan interrelacionados entre sí.

“Creo que el tratamiento es pero...muy bueno...

encuentro que al tratamiento no habría que cambiarle nada, encuentro que es un tratamiento bueno que está enfocado en todo...en forma psicológica...en forma física...” (Entrevista III, párrafo 116).

Si bien algunos consideran que los tratamientos integrales son adecuados y no cambiarían nada, otros consideran que las actividades complementarias destinadas a promover la vida saludable, las reuniones sociales y la actividad física deberían aumentar en cantidad o variedad.

“Hacer otra actividad, porque es piscina, gimnasio, no sé po’, puede ser una clase de baile entretenido, claro, modificar un día recreativo, pero eso que lo otro te lo complemente súper bien” (Entrevista I, párrafo 75).

Por otra parte, se valora el carácter individualizado del tratamiento, en donde se establecen metas particulares y se hace un seguimiento permanente de cada sujeto, estableciendo horarios y condiciones que se ajustan a las necesidades de cada uno.

“(…) y aparte encuentro lo que siempre me ha gustado del tratamiento es que toman a cada persona por su condición...nunca van a pedirle a alguien que rinda lo mismo que otra persona...el hecho de tener algo particular...una ficha que sea solamente de uno y que no incluya la resto (…)” (Entrevista III, párrafo 117).

El carácter lúdico con que se significa el trabajo que se realiza y el compromiso observado en los profesionales, es otro aspecto valorado. Agradecen cuando notan que el equipo muestra experiencia, está involucrado y controlando el proceso, y preocupado por los pacientes.

“(…) es eso uno siente el apego de ellos hacia uno la confianza que ellos te entregan entonces es fundamental el apoyo de ellos hacia uno (…)” (Entrevista I, párrafo 71).

Así, el trato que los pacientes reciben de los profesionales es una herramienta que apoya el tratamiento, ya que se sienten motivados, acompañados y cómodos durante el proceso, sobre todo porque se les va explicando el sistema de trabajo y porque sienten que los profesionales saben lidiar con las características propias de la edad.

“(…) es decir si no hay profesionales que sepan lidiar con todos los casos... no tendrás el resultado que esperabas porque somos adolescentes y todas las adolescentes tenemos una etapa difícil que hay que...(silencio) entonces es difícil, por ejemplo si la nutricionista fuera no fuera una mujer relajada, simpática, yo por mi cuenta no vendría nunca más, me daría hasta miedo venir al nutricionista, en cambio me gusta venir al nutricionista (…)” (Entrevista II, párrafo 162).

Otra característica valorada es la vinculación con los otros pacientes que se tratan en el centro, que al ser de

la misma edad, les permite sentirse más cómodos porque están junto a personas que padecen lo mismo, que no los juzgan y con los que es posible compartir los deseos de superarse, produciendo un ambiente cohesionado y agradable para continuar el tratamiento.

“(…) aparte como que con los niños se forma como un muy buen ambiente, porque como son todos parecidos...uno no se siente incómodo tampoco (…)” (Entrevista IV, párrafo 26).

b) Rol de los profesionales en el tratamiento:

Es muy valorado que el equipo que les atiende sea multidisciplinario y entre los profesionales, destacan a los nutricionistas, psicólogos, kinesiólogos y profesores de gimnasia. El valor asignado a estos profesionales tiene que ver tanto con el impacto que tienen en el tratamiento como con la relación cercana que establecen con los pacientes.

“(…) La nutricionista lejos de todo y las profes de gimnasia y las kinesiólogas, si son las que más valoro, porque se encariñan contigo, te entregan un cariño (Entrevista II, párrafo 160)”.

Los nutricionistas son los profesionales más valorados en el tratamiento considerando que sus indicaciones son las más importantes. Se valora su buena disposición y capacidad para motivar, su asesoría técnica en la alimentación, que les permite aprender la relación entre hábitos alimentarios y obesidad, y los orienta a identificar los alimentos permitidos y definir las cantidades que se deben consumir.

Con los psicólogos existe desacuerdo en torno a su rol en el tratamiento. Hay quienes los valoran positivamente y quienes no tienen claro el aporte de éstos. Los primeros, consideran que son una ayuda clave en el proceso de educación, derrumbe de mitos y comprensión de que el tratamiento implica más que una dieta, el establecimiento de nuevos hábitos de cuidado de sí mismo. Además de su labor psicoeducativa, el trabajo del psicólogo constituye un apoyo al tratamiento, ya que motiva, ayuda a tolerar la frustración y los lleva a asumirse como responsable del proceso.

“Y... nada a mí me gusta mucho la psicóloga, porque también trato temas de la familia, sobre todo de la comida, pero como que me enseña de que lo más importante no son los kilos, eh...de que estamos cambiando los hábitos y no haciendo dieta...” (Entrevista IV, párrafo 31).

Para estos participantes, el psicólogo también ayudaría a identificar la relación entre emocionalidad y obesidad y a desvincular los problemas personales de la comida.

“Entrevistador: ¿En qué te ha ayudado la psicóloga por ejemplo? Participante: En darme cuenta de que los

problemas en mi casa hacían que yo comiera mucho y en separar entre los problemas y el comer” (Entrevista IX, párrafo 64).

Los entrevistados que no asignan un rol relevante al psicólogo en el tratamiento, consideran que no existe una relación entre aspectos psicológicos y sobrepeso por lo que no identifican el fin de su apoyo.

“(…) claro, hasta ahora, es que yo no le doy mucho enfoque psicológico al tema como que doy mi parecer pero no tengo mucho tema que me haya hecho de la obesidad” (Entrevista II, párrafo 166).

Además, se observa en ocasiones a una actitud reticente hacia los psicólogos, vinculada a experiencias previas negativas con éstos.

“(…) yo he tenido problemas con los psicólogos en mi colegio, yo tenía problemas con ellos...no sé...me caía mal, entonces a mí no me gustan los psicólogos y yo creo que en el tratamiento de bajar de peso no sé cuál será el psicólogo, no le encuentro razón al psicólogo en el tratamiento” (Entrevista VI, párrafo 85).

c) Rol de los padres en el tratamiento:

La familia es percibida como una influencia importante en la causa de sus hábitos alimentarios inadecuados. En cuanto al tratamiento, los participantes les asignan un rol principalmente instrumental, ya que son quienes deben financiarlo o ayudan a trasladarlos para que asistan a las actividades asociadas a éste. No obstante, su mayor influencia es que pueden ser los principales impulsores en el inicio del tratamiento.

“... mi familia siempre ha estado súper involucrada con el peso de mantener algo...de mantener la vida sana... aunque no soy la primera persona en la familia que tiene sobrepeso... si soy la primera como que ponen en un gran tratamiento para solucionarlo...” (Entrevista III, párrafo 13).

Por otro lado, los padres tendrían un rol de supervisores ya que ayudan al paciente a cumplir con la dieta o seguir los horarios, y además vigilan el proceso de disminución de peso, aunque la importancia que le asignan los adolescentes en el tratamiento es secundaria.

“[sobre su importancia en el tratamiento] no, no mucha, por lo menos en mi caso no lo he visto así, o sea solamente en eso que a cada rato te andan diciendo y que a cada rato te anda diciendo y ¿cuánto pesas? Y a cada rato te están preguntando cosas” (Entrevista II, párrafo 126).

d) Factores que favorecen la mantención en el tratamiento:

En la adherencia al tratamiento, los principales factores que la favorecerían se relacionan con la visualización de sus efectos positivos, la disminución de peso, un mejor rendimiento en educación física o dejar

de tener problemas al momento de comprar ropa nueva.

Otro factor relevante es tener la confianza que se puede lograr el cambio, la que se potencia cuando se empieza a visualizar los efectos positivos del tratamiento.

“Yo...bueno si me preguntaras cuatro meses atrás... [como hablándose a sí misma]: “me siento pésimo... pero como si soy tan gorda y todo”...Pero ahora me miro y digo... (Alegre ) ”ya no importa” porque me quedan todavía unos 3 meses más cuatro meses más, en los que yo lo voy a lograr y voy a volver a ser la persona que fui antes (Segura)... y eso yo creo que me da como más ánimo...” (Entrevista III, párrafo 86).

Un tercer favorecedor alude a la responsabilidad que los pacientes sienten con sus familias, por la inversión económica que realizaron en su tratamiento.

“Porque ahora mi mamá está gastando plata, plata que yo sé que no tiene y para que no la gaste dos veces tengo que saber [inaudible], saber ponerme las pilas” (Entrevista VI, párrafo 95).

e) Factores que dificultan llevar a cabo el tratamiento:

En cuanto a los factores que dificultan el proceso de tratamiento, se encuentra la falta de constancia, que en algunos casos puede deberse a la desmotivación, sobre todo cuando se comparan los logros de otras personas.

“(...) entonces quizás la persona se puede desmotivar diciendo “¡ah!, no esa persona baja más rápido que yo o esta persona está más flaca que la semana pasada que la vi y yo sigo igual”...quizás en eso te podrías desmotivar un poco...pero eso depende de la personalidad y de plantearse ella misma...” (Entrevista III, párrafo 156).

El cambio de hábitos alimentarios puede ser considerado como una dificultad, sobre todo porque comer más sano implica cambiar horarios de alimentación, modificar alimentos y cantidades, lo que suele generar la incomodidad y sensación de hambre, sobre todo al inicio.

“Las primeras dos semanas fue complicado porque...pasaba hambre, no porque comiera poco...y...pero después como ya se me fue olvidando lo del chocolate y eso y... dejé de pasar hambre...” (Entrevista VIII, párrafo 38).

Es difícil cuando la familia no modifica sus hábitos alimentarios junto a ellos. Estos mismos problemas se evidencian en el colegio, ya que se les hace difícil mantener el tratamiento si la escuela no presenta una oferta de comida saludable.

“Las veces que he tenido que comprar en el colegio es complicado, porque pocas veces hay como bebidas light...fruta, no hay nunca”. (Entrevista IV, párrafo 34)

Otra dificultad asociada a la familia es la percepción de los adolescentes de que hay una preocupación excesiva de ésta por el tratamiento, ya sea porque el paciente

lo siga rigurosamente o por los resultados asociados, lo que se vuelve molesto para ellos.

Finalmente otros aspectos, tienen relación con los problemas para realizar las actividades físicas asociadas o asistir a las sesiones. Sin embargo, no percibido como un obstáculo para cumplir con las indicaciones o alcanzar buenos resultados.

“Tomo micro, metro y me demoro como 40 minutos, entonces eso ha sido lo más complicado, el tratamiento igual ha sido fácil...porque igual he tenido buenos resultados, eso me han dicho” (Entrevista VI, párrafo 102)

f) Favorecedores del éxito en el tratamiento:

Para los participantes, uno de los factores centrales para tener éxito en el tratamiento, se vincula con tener actitud positiva, la que implica una motivación intrínseca para cambiar pero también demanda madurez de su parte, sobre todo al comprender que los resultados de éste dependen principalmente de ellos.

Adicionalmente, consideran que es necesario que el paciente sea constante siguiendo el tratamiento y se mantenga vigilante sobre los resultados, ya que en cualquier momento podría comenzar a subir de peso. Esta constancia se facilitaría cuando el paciente se organiza, programa su alimentación y hace cambios pequeños como buscar alternativas de comida sana y recurre a ellas sistemáticamente.

Evaluar positivamente los cambios de hábitos alimentarios favorecería la constancia del paciente, de esta forma, sentir que la dieta que no es tan estricta, que está centrada en la variedad y no en la restricción, les permite verla de forma más positiva. En esta línea, sentir que más que una dieta es un cambio de vida les permite visualizar el tratamiento de manera distinta, aunque reconocen que para esto requieren ser educados por los especialistas.

“O sea siempre decía “estoy haciendo dieta” pero la psicóloga lo primero que me dijo fue que no era dieta. Estábamos cambiando hábitos. Y ahora en verdad me quedó eso como en la cabeza. Porque yo siento que estoy cambiando los hábitos; y antes puede ser que yo no tuviera hambre e igual me comía un pedazo de chocolate, y ahora lo puedo tener ahí y no me da nada.” (Entrevista 8, párrafo 30).

La realización de actividad física también potencia los resultados y genera una mayor motivación y satisfacción en los pacientes.

Además de estos factores que se asumen como dependientes del paciente, el entorno también podría favorecer el tratamiento. En esto destacan el respaldo de la familia en cosas tan concretas, como hacer más saludable las comidas.

El refuerzo de la familia también se vuelve importante, así como el apoyo de los pares y los especialistas,

siendo los dos primeros, los principales referentes y vínculos para los participantes.

“Entrevistado: Mi familia me dice que me veo muy bien, que estoy mucho mejor, mis amigas me dicen que estoy mucho mas flaca. Entrevistador: ¿Y para ti qué significado tiene eso? Entrevistado: Para mí, mis amigos son casi todo a parte de mi familia, porque yo siempre me he abierto más a ellos que a mi familia.” (Entrevista IX, párrafo 34).

g) Percepción de los logros obtenidos con el tratamiento.

Entre los principales resultados reconocidos por los pacientes se cuenta la sensación de bienestar general, lo que se asocia a evidenciar la pérdida de peso que es la meta del tratamiento.

“Buena, como que me cambia la cara. No sé, me siento mejor, de hecho el que esté bajando me siento mejor.” (Entrevista VI, párrafo 29).

Los pacientes también reconocen como logro el ser capaces de separar la ingesta de comida de sus problemas emocionales, y haber cambiado los hábitos alimentarios, ordenándose en las comidas y entendiendo que el comer sano implica cambiar las costumbres y no realizar dietas estrictas periódicamente.

“(…) haber aprendido a ser... haber aprendido a cambiar mi forma de dieta alimenticia eso, porque antes como que dieta lo asociaba a régimen estricto como a régimen entre comillas, pero ahora como que dieta es lo que tenemos que llevar todos porque es una dieta alimenticia lo que tenemos que llevar” (Entrevista II, párrafo 16).

#### **IV.- Vivencias de cambios asociados al tratamiento**

Dentro de esta categoría, se desprenden las siguientes tres sub-categorías:

a) Cambios en la percepción de sí mismo:

Los participantes empiezan a sentirse mejor consigo mismos, sienten que tienen más energía y comienzan a sentir más autoconfianza. Esto se acompaña de una mayor satisfacción con el propio cuerpo derivada de la pérdida de peso; se percibe que el cuerpo está cambiando y que la ropa le queda mejor.

“Entrevistador: ¿Y cómo te sientes con respecto a tu cuerpo?

Participante: Igual ahora ha estado cambiando... con mi baja de peso, pero antes no me gustaba mi cuerpo” (Entrevista VIII, párrafo 40).

“(…) me queda todo grande ahora, entonces como que parto y compro ropa porque como uno encuentra ropa más linda ahora, hay pura ropa fea para tallas grandes. Y ahora que soy talla más normal, es como...

es como rico en verdad ir al mall y comprarse ropa... como todo el mundo...y eso me gusta harto”. (Entrevista 8, párrafo 60).

b) Cambios en relación a la actividad física:

El nuevo estilo de vida se traduce en una nueva actitud hacia ella. Antes el ejercicio no era del agrado de los participantes pero progresivamente va siendo más deseable, ya que es significado como una actividad que entretiene, que permite distraerse y disminuir el estrés. Los participantes constatan que, aunque antes evitaban la actividad física, ahora sienten la necesidad de realizarla y destacan la importancia de ser constantes en ella.

“Sí, mucho, ahora valoro este cambio. Aunque sea un día que no haga ejercicio me siento lenta” (Entrevista II, párrafo 188).

c) Cambios en la relación con la comida:

Los participantes refieren que aprendieron a comer ya que señalan que hoy distinguen entre la comida sana y la dañina, identificando aquella que les da energía y son más críticos en torno a la publicidad. La siguiente cita explica lo planteado:

“Si...es que cuando uno va al nutricionista por ejemplo...es como...te enseñan a comer no te dicen que comer... Uno dice “no si es lo mismo” pero...no es lo mismo... uno cuando después va a comprarse las cosas al supermercado dice...ya cuando yo iba antes... iba al mayorista a comprar todo light... (Pausa) pero resulta que no todo es light...no todo hace bien al cuerpo y muchas veces...no se tiene exceso de sodio por ejemplo y hay cosas muy dañinas para el cuerpo...” (Entrevista II, párrafo 54).

Esto permitiría que los sujetos acepten cambiar sus hábitos alimenticios, pierdan interés por las cosas que comían antes y crean que su dieta actual es la adecuada. La valoración positiva de la alimentación sana debiera ir acompañada, según los pacientes, de una resignificación de la comida, donde el consumo debe separarse de los problemas emocionales y debe conceptualizarse como un medio de alimentación y no como una solución ante la angustia.

Los cambios antes señalados indicados por los pacientes, no sólo debieran ocurrir a nivel individual, sino también a nivel familiar. Si bien esto sería ideal, los participantes refieren que han comenzado a preparar su propia comida, buscando ellos mismos agregar cosas más saludables de acuerdo a lo aprendido en el tratamiento, llevando comida al colegio a fin de evitar comprar en quioscos, y definiendo horarios y porciones a consumir.

#### **DISCUSIÓN**

Respecto al logro de la efectividad del tratamiento de obesidad en adolescentes, los hallazgos del estudio

destacan la necesidad de que se produzca un cambio a nivel individual, en tanto se modifiquen sus creencias en relación a los hábitos de vida saludable. Asimismo, comprender la adolescencia como una etapa en la que aumenta la capacidad reflexiva, donde el individuo se centra en sí mismo para poder conformar su identidad, lo que exige reflexionar en cuáles son los rasgos, habilidades e intereses de la persona, examinando con cuidado las opciones de vida disponibles en su cultura (15). Esto le asigna valor a explorar las perspectivas personales de estos pacientes. Los resultados invitan a considerar la subjetividad de los pacientes al llevar a cabo intervenciones en adolescentes obesos. Es importante destacar, la relevancia de generar cambios en esta etapa de la vida, ya que es un periodo clave en la formación de los cimientos de la identidad, autoestima y autoconcepto.

El apoyo familiar y terapéutico durante el tratamiento es un aspecto central para la motivación personal hacia un cambio en el estilo de vida mediante la incorporación de nuevos hábitos de salud. Estudios previos con adolescentes obesos (10, 16) indican que el apoyo parental es definido por los propios pacientes como un aspecto fundamental del éxito en los programas de tratamiento. Es necesario considerar que puede ser un obstaculizador del tratamiento el que los padres sean muy controladores en la ejecución de éste, ya que generaría resistencia en los pacientes. Esto se puede vincular al opositorismo propio de esta etapa, necesario de tomar en cuenta al momento de tratar los pacientes.

La posibilidad de contar con profesionales competentes y entendidos en las características de la etapa de adolescencia parece ser también un elemento clave para el éxito terapéutico. Son valorados positivamente aquellos expertos que trabajen con jóvenes de manera multidisciplinaria, integral y personalizada, haciendo un seguimiento de los avances logrados al mismo tiempo en que se brinda cierta flexibilidad, en el horario, dieta y ejercicio físico, que facilite la adherencia al tratamiento. Lo anterior podría graficar la dualidad propia de la adolescencia, entendida como un período vital en el cual se emprende una búsqueda de mayor autonomía, mientras continúa siendo necesario el resguardo y el control externo de figuras de autoridad.

De acuerdo al relato de los pacientes, realizar un tratamiento en el cual puedan compartir con pares de semejantes condiciones facilita el proceso terapéutico al generar un ambiente cómodo y ameno, lo que coincide con lo descrito por Thomas e Irwin (10), en que los adolescentes obesos mencionan como un elemento relevante para la efectividad del tratamiento la inclusión de actividades recreativas con pares que supongan un

ambiente de apoyo y no-competencia. Las relaciones sociales parecen modificarse a medida que progresa el tratamiento, dado que al disminuir de peso, la autoestima aumenta, lo que lleva a los adolescentes a enfrentarse a su realidad social con mayor autoconfianza.

Los resultados del estudio dan cuenta de información concordante con lo planteado por Cordella el 2008 (17) y Caetti, Elliot y Elizur el 2009 (18) que los pacientes obesos la ingesta alimentaria tiene una función reguladora de los estados emocionales, pudiendo utilizarse la comida como simulación de consuelo, protección y sostén necesario para proporcionar el equilibrio psíquico requerido.

Los datos presentados pueden ser de utilidad para profesionales que intervienen a adolescentes obesos, considerando la relevancia de las vivencias subjetivas para dicho grupo.

## RESUMEN

Este estudio pretendió comprender las vivencias subjetivas de adolescentes chilenos con obesidad, respecto a su tratamiento para adelgazar. Se empleó una metodología cualitativa y se realizó un diseño descriptivo. La muestra quedó constituida por nueve participantes entre 13 y 18 años. Los datos se recogieron con entrevistas focalizadas y se analizaron según los principios de la Grounded Theory. Los resultados indican que para los participantes es importante contar con un tratamiento multidisciplinario en donde también reciban el apoyo del entorno para su realización. La motivación intrínseca para generar el cambio se sintió como relevante y toma gran importancia, sentir que es posible llevar a cabo el tratamiento y ver los efectos positivos de éste. En cuanto a los conflictos que presentan en su realización, se señala la falta de constancia, las dificultades para cambiar hábitos y el ambiente externo, cuando éste no ayuda a mantener el tratamiento.

Palabras clave: obesidad, adolescencia; significados, vivencias, tratamiento.

Dirigir la correspondencia a:

Señorita  
Carolina Aspillaga  
Universidad del Desarrollo  
Doctorado en Psicología  
Universidad de Chile  
Avenida Plaza 700,  
Las Condes, Santiago. Chile.  
Teléfono: 09.8485888, Fax: 3279233  
E-mail: maspillagah@udd.cl

Agradecimientos: A Alejandra Alarcón, Marcela



Ortiz, Rinat Ratner por facilitar el contacto con los entrevistados.

Investigación financiada por la Dirección de investigación de la Universidad del Desarrollo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: OMS; 2010.
2. Ministerio de Salud, Chile. Encuesta Nacional de Salud. Santiago: MINSAL; 2011.
3. Burrows R, Leiva L, Weistaub G., Ceballos X., Gattas V, Lera L, Albala C. Síndrome metabólico en niños y adolescentes: asociación con sensibilidad insulínica y con magnitud y distribución de la obesidad. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 174-81.
4. Urrejola, P. ¿Por qué la obesidad es una enfermedad? *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (4): 421-3.
5. Collipal, E.; Silva, H.; Vargas, R.; & Martínez, C. Significado de la Obesidad para los Adolescentes de Temuco-Chile. *Internat J Morphol* 2006; 24(2): 259-62.
6. Fuentealba, C. & Leiva M. J.1 Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad en: Obesidad, un enfoque integral. *Nestlé Chile* 2007; 7: 97-110.
7. Steinbeck, K., Baur, L., Cowell, C. & Pietrobelli, A. Clinical research in adolescents: challenges and opportunities using obesity as a model. *Internat J Obes* 2009; 33: 2-7.
8. Tsiros, M. D., Olds, T., Buckley, J. D., Grimshaw, P., Brennan, L., Walkley, J., Hills, A. P., Howe, P. R. C. & Coates, A. M. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Internat J Obes* 2009; 33: 387-400.
9. Drukker, M., Wojciechowski, F., Feron, F. J. M., Mengelers, R. & Van Os, J. A community study of psychosocial functioning and weight in young children and adolescents. *Internat J Pediatr Obes* 2009; 4: 91-7.
10. Thomas, H. M. & Irwin, J. D. What Is a Healthy Body Weight? Perspectives of Overweight Youth. *Rev Canadienne Pratique Recherche Diététique* 2009, 70 (3): 110- 6.
11. Glaser, B. G. & Strauss, A. L. *The Discovery of Grounded Theory*. Aldine Publishing Company. Chicago, 1967.
12. Krause, M. Construcción y transformación de teorías subjetiva a través de la psicoterapia. *Terapia Psicológica* 1998; (7) 29-43.
13. Strauss, A. y Corbin, J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Ed. Universidad de Antioquia. Colombia, 2002.
14. Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2005.
15. Erikson, E.H. *Identity: Youth and crisis*. Norton. Nueva York. 1968.
16. Kelly, S. A. & Mazurek, B. Systematic Review of Multicomponent Interventions with Overweight Middle Adolescents: Implications for Clinical Practice and Research. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2008; 5(3),113-35.
17. Cordella, P. ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM-IV)? *Rev Chil Nutr [online]*. 2008; 35 (3): 181-7.
18. Caetti, L., M. Berry, E & Elizur, Y. Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight – loss program : the mediating role of emotional eating. *Internat J Eating Dis* 2009; (42): 109 -17.