

LA MOTIVACIÓN Y SU INFLUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DEL CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES NUTRICIONALES. SALTA AÑOS 2007/2008

MOTIVATION AND ITS INFLUENCE ON THE TREATMENT OF OVERWEIGHT AND OBESE ADOLESCENTS NATIONAL CENTER OF NUTRITION RESEARCH SALTA 2007/2008

SÁNCHEZ ARMINDA (*), GUANUCO NÉLIDA BEATRIZ

Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales
Departamento de Investigación Clínica
Calle: República de Siria 247
Departamento: Salta Capital
Provincia: Salta
Email: cnin@arnet.com.ar
Correspondencia: Sánchez Arminda
Email: armindasnachez25@yahoo.com.ar

“La motivación no puede entenderse como algo que se tiene, sino más bien como algo que se hace. Implica reconocer un problema, buscar una forma de cambiar y entonces comenzar y mantener esa estrategia de cambio. Resulta que existen muchas formas de ayudar a la gente a que así lo reconozcan y actúen”.

Miller, P 1995

RESUMEN

Introducción: Los adolescentes obesos y con sobrepeso que inician tratamiento deben realizar cambios profundos para alcanzar los objetivos propuestos, surgiendo la motivación personal y familiar, como componente necesario para su sostenibilidad.

Objetivo: Conocer el nivel de motivación de los adolescentes y las barreras presentes para continuar el tratamiento.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal y observacional en una muestra de 85 adolescentes ingresados en los años 2007/08, se le aplicó una encuesta adaptada basada en la escala de William R. Miller y Janice M. Brown, abordándose: Consumo de alimentos, estado de salud; apoyo familiar; uso del tiempo libre e imagen corporal. Para determinar las barreras se elaboró un cuestionario de evaluación adaptado de la escala elaborada por Alejandro M. O' Donnell y Beatriz Gripo, considerándose; apoyo familiar, selección en compra de alimentos, elaboración y supervisión de porciones, consumo de frutas y verduras, actividad física de los padres. Se consideraron barreras institucionales: tiempo de espera, ausencia de profesionales y de turnos, costo de viaje y calidad de atención.

Resultados: El 75,29% presentó una motivación alta aunque incumplían los controles; el 23,52% presentó una motivación baja e intermedia, y solo el 1,17% de éstos continuó. Ambos grupos presentaron bajas barreras para cumplir el tratamiento.

Conclusiones: La coexistencia de un alto nivel de motivación personal con bajas barreras es considerado un factor positivo que está fuertemente bloqueado por la falta de motivación del entorno familiar.

Palabras claves: adolescencia – obesidad – motivación al tratamiento.

Siglas empleadas: IMC- CNIN

English

Português

MOTIVATION AND ITS INFLUENCE ON THE
TREATMENT OF OVERWEIGHT AND OBESE
ADOLESCENTS NATIONAL CENTER
OF NUTRITION RESEARCH
SALTA 2007/2008

A MOTIVAÇÃO E A SUA INFLUÊNCIA NO
TRATAMENTO DOS ADOLESCENTES COM
SOBREPESO E OBESIDADE DO CENTRO
NACIONAL DE INVESTIGAÇÕES
NUTRICIONAIS DE SALTA, 2007/2008

SUMMARY

RESUMO

Introduction: Obese and overweight adolescents who initiate treatment should make major changes in order to achieve the proposed objectives, for which motivation from themselves and their families emerges as a necessary component for weight maintenance.

Objective: To determine the level of motivation and the barriers that adolescents have to face to continue with their treatment.

Methods: Descriptive, transversal and observational study including 85 adolescents hospitalized in 2007/08; an adapted survey based on the scale developed by William R. Miller and Janice Brown was used, considering: food consumption, health status, family support, use of leisure time and body image. To determine the barriers faced by adolescents, an adapted evaluation questionnaire based on the scale developed by Alejandro M. O'Donnell and Beatriz Gripo was used, considering: family support, food selection when purchasing, preparation and control of servings, consumption of fruits and vegetables, and physical activity of their parents. Institutional barriers were considered: waiting time, lack of professionals and shifts, travel costs and quality of medical attention.

Results: 75,29% showed high motivation even though they failed to attend follow-up appointments; 23,52% showed low and intermediate motivation and 1,17% showed continued motivation. Barriers to accomplish treatment goals were low in all cases.

Conclusions: The co-existence of a high personal motivation level and low barriers is considered a positive factor that is strongly blocked by the lack of motivation from family environment.

Keywords: adolescence - obesity - motivation for treatment.

Abbreviations used: BMI-CNIN

Introdução: Os adolescentes obesos e com sobrepeso que iniciam tratamento devem fazer mudanças profundas para atingir os objetivos propostos. Nestes casos, a motivação pessoal e familiar é fundamental.

Objetivo: Conhecer o grau de motivação dos adolescentes e as barreiras presentes para continuar o tratamento.

Metodologia: Estudo descritivo, transversal e observacional em uma amostra de 85 adolescentes hospitalizados em 2007/2008 através de uma enquete adaptada com base na escala de William R. Miller e Janice M. Brown. Os tópicos tratados foram consumo de alimentos, estado de saúde, apoio familiar, uso do lazer e imagem corporal. Para determinar as barreiras, elaborou-se um questionário de avaliação seguindo a escala proposta por Alejandro M. O'Donnell e Beatriz Gripo, que levou em conta os seguintes pontos: apoio familiar, seleção em compra de alimentos, elaboração e supervisão de porções, consumo de frutas e verduras, e atividade física dos pais. Tempo de espera, ausência de profissionais e de turnos, custo de viagem e qualidade de atenção foram considerados barreiras institucionais.

Resultados: 75,29% apresentou uma motivação alta apesar do descumprimento dos controles; 23,52% apresentou uma motivação baixa e intermédia, e apenas 1,17% deles continuou. Ambos os grupos mostraram barreiras baixas para cumprir o tratamento.

Conclusões: A coexistência de um alto grau de motivação pessoal e barreiras baixas considera-se um fator positivo que está fortemente bloqueado pela falta de motivação do ambiente familiar.

Palavras-chave: adolescência - obesidade - motivação ao tratamento

Síglas usadas: IMC - CNIN

**INTRODUCCIÓN
LA OBESIDAD COMO PROBLEMA SANITARIO**

La Organización Mundial de la Salud -OMS- (1998) define la obesidad, como una enfermedad en la cual se ha acumulado un exceso de grasa en el cuerpo hasta niveles que pueden afectar el estado de salud del individuo. El indicador más aceptable para evaluar la obesidad infantil, adolescente y del adulto es el Índice de Masa Corporal (IMC= P/T²).

Se reconoce que la causa principal del sobrepeso y la obesidad no responde necesariamente a un hábito alimentario, sino también a otra gran epidemia mundial, el sedentarismo. "En la actualidad los niños y los adolescentes han cambiado la práctica del deporte y del juego en las plazas y parques, por el uso excesivo de las computadoras, juegos electrónicos y televisión". Los cambios en la vida moderna han repercutido en las conductas del ser humano y, sumado esto a la producción masiva de alimentos de contenido energético en

azúcares y proteínas, bajo en nutrientes esenciales más la facilidad de acceso, constituyen la multiplicidad de factores responsables del posicionamiento de la obesidad como una epidemia mundial. Esto influye de manera desfavorable en el crecimiento y desarrollo de las personas y de la sociedad, si se manifiesta en la niñez y carece de una respuesta adecuada a través de un tratamiento integral acorde con la magnitud del daño que provoca, y probablemente avanzará hacia la juventud profundizando su afectación en todos los aspectos de la vida; personal, familiar, social, laboral, y productiva en general, por lo que se estará perdiendo capital humano y social, con serias consecuencias para el Estado y para la sociedad en su conjunto.

Los fracasos en el tratamiento son moneda corriente entre los comentarios de los especialistas en el Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales de la Provincia de Salta. Entre los adolescentes que reciben tratamiento se registra un alto porcentaje de deserción; los pacientes concurren a la consulta acompañados de sus padres que, en la mayoría de los casos, también portan la enfermedad.

Se observa que desde los inicios del tratamiento ambulatorio no se presentan a los controles; de 133 ingresos registrados por sobrepeso y obesidad durante los períodos 2007/2008, 85 son adolescentes y de ellos el 93% (79) abandonaron el tratamiento, el 31,81% (21) solo hizo un control al ingreso, y solo el 7,5% (6) continuó.

Cabe aquí preguntarse qué está fallando en este proceso ¿Existe falta de motivación personal? ¿Hay una falta de motivación del entorno familiar? ¿Hay ineficiencia de los protocolos de tratamiento utilizados por el equipo de salud? Consideramos que es necesario indagar sobre las barreras personales, familiares, sociales e institucionales presentes, a fin de realizar aportes para diseñar o re-conceptualizar nuevos protocolos de tratamiento que posibiliten un abordaje sostenido, garantizando una mejora en la calidad de vida.

MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA CARACTERÍSTICAS DEL ADOLESCENTE, SUS NECESIDADES NURTICIONALES

La adolescencia etimológicamente proviene del latín "adolescere" significa "crecer hacia la madurez" es un ciclo de la etapa evolutiva de las personas que abarca desde los 10 hasta los 19 años inclusive. Es uno de los periodos más saludables de la vida, aunque también uno de los más problemáticos. Tres fenómenos lo caracterizan: el crecimiento biológico o pubertad, que lleva a la aparición de los caracteres sexuales secundarios, el estirón del crecimiento y el desarrollo de la capacidad reproductiva; la maduración cognitiva, con el inicio del pensamiento abstracto que permite la

conceptualización de posibilidades más allá de las experiencias pasadas y presentes, lo que conlleva a la creatividad intelectual; y el desarrollo psicosocial, considerado como el proceso que lleva a que el niño dependiente se convierta en un adulto autosuficiente, cualquiera que sea la cultura.

La adolescencia está marcada por el logro de tres tareas específicas: emancipación en la dependencia de los padres o sometimientos a ellos, formación de una identidad en los campos del auto concepto sexual, intelectual y moral, y un papel funcional en determinar áreas como la vocacional, el estilo de vida propio y la formación de una familia.

Las necesidades nutricionales de los adolescentes son más elevadas que en la infancia, debido a la velocidad del crecimiento, a la maduración sexual, a los cambios de la composición corporal, a la mineralización esquelética y a la variación en la actividad física. Estas necesidades difieren entre los sexos y perduran hasta la adultez.

En las mujeres, la variabilidad de aparición de la pubertad requiere aportes mayores de proteínas, energía, calcio, hierro y zinc, debido a la rápida acumulación de tejido nuevo y otros cambios vinculados con el desarrollo. Por ejemplo, más del 20% del crecimiento total de la estatura y hasta un 50% de la masa ósea del adulto se alcanzan durante la adolescencia, lo cual origina un aumento del 50% de las necesidades del calcio, además de una mayor necesidad de hierro por la masa eritrocítica en expansión y la mioglobulina del tejido muscular recién formado. Otro aspecto a tener en cuenta es que las adolescentes tienen necesidad de complementar con hierro hasta un 15% para compensar las pérdidas que se producen en los períodos menstruales.

La sociedad post moderna ha demostrado que los avances tecnológicos facilitan la aparición de la obesidad ya que los adolescentes aumentan el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono y disminuyen el gasto energético. Están más tiempo frente a la televisión y a la computadora en el chat, por lo cual existen más probabilidades que tengan sobrepeso y obesidad. Sobrellevar esta enfermedad se convierte en un estigma rodeado de comportamientos de retraimiento, falta de participación, vergüenza, entre otros.

Es oportuno en esta instancia, resaltar los resultados del estudio que el Instituto Nacional para la Discriminación de la Argentina (INADI) realizó en la Provincia de Mendoza (2006) del cual resulta que la discriminación por obesidad ocupa el 4to. lugar, con un 10,7% en un ranking de 13 variables susceptibles de discriminación. En el mismo estudio, ante la pregunta ¿cuántas veces sufrió discriminación?, entre las personas que padecían obesidad, un 35,7% respondió "Muchas Veces". La presencia de estos indicadores

manifiesta que es una enfermedad con graves consecuencias sociales.

ANTECEDENTES DE ESTUDIOS DE MOTIVACIÓN

Existen antecedentes de investigaciones realizadas en Chile y en España. El estudio de Adherencia y efectividad a mediano plazo del tratamiento de la obesidad infantil, realizado por el Departamento de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile, cuyo objetivo fue conocer la adherencia y el rendimiento a mediano plazo (12 meses), trabajó con 120 niños que consultaron por primera vez entre enero 2001 y enero 2002 en el centros de atención nutricional infantil ambulatoria, los niños obesos correspondieron al 76% del total de ingresos. En este grupo se observó un 30% de deserción después de la primera consulta.

El estudio de Atención Primaria del año 2005 realizado en Granada, España, a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Andalucía, encontró para niños de 5-9 años un 22% de sobrepeso y 37.6% de obesidad; en la franja etaria de 10-15 años, encontró un sobrepeso de 24.4% y un 5.8% de obesidad. El equipo de salud planteó un tratamiento basado en la modificación de los estilos de vida, el punto clave debería ser, alimentación saludables más actividad física, remarcando otros enfoques que recomiendan un tratamiento basado en la dieta, la psicoterapia y el ejercicio físico, como también un abordaje interdisciplinario coordinado.

En este país se realizaron tablas comparativas de estudios de seguimiento de la obesidad infantil; de ello resultan diversos protocolos de tratamientos:

- a) Dieta más ejercicio físico más ayuda psicológica y apoyo familiar.
- b) Dieta más ejercicio y refuerzo conductual.
- c) Nutrición, dietista y paidopsiquiatría.
- d) Consejo médico, terapia grupal cognitivo conductual.

La terapia grupal resultó ser la más eficaz, aunque produjo menor adhesión al tratamiento. En los protocolos a, b, y c, el abandono registrado fue del 20% al 35%.

Este estudio enfatiza que el tratamiento en la mayoría de los casos conduce al fracaso, asumiendo que la obesidad es una enfermedad resistente al tratamiento.

LA IMPORTANCIA DE LA MOTIVACIÓN DEL ENTORNO: EQUIPO DE SALUD Y FAMILIA

La Motivación del equipo de salud es un factor importante a considerar. Es un condicionante de impacto en la respuesta al tratamiento, entre las cualidades más deseables que debiera tener el equipo se pueden mencionar: la calidez no-posesiva, confianza, genuinidad, respeto, afirmación y empatía, si bien el cambio es responsabilidad del paciente, el equipo de salud debe aportar estrategias de motivación para asegurar

la sustentabilidad del tratamiento con un resultado eficaz.

El grupo familiar también tiene un rol activo en el tratamiento. La familia debe permitir el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros, tener flexibilidad en las reglas y roles para la solución de los conflictos, manejar una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas, ser capaz de adaptarse y acompañar los cambios modificando conductas y complementando roles. La necesidad de participación en el tratamiento de uno de sus miembros que padece obesidad puede ocasionar una modificación en el comportamiento de otros de sus integrantes provocando un impacto sobre el equilibrio del sistema familiar. Ello requiere el inmediato apoyo y contención del equipo de salud porque el éxito del tratamiento depende en gran medida del involucramiento de cada uno de sus miembros.

¿POR QUÉ ES NECESARIO AUMENTAR LA MOTIVACIÓN?

William R Miller y Tonigan (1996), confirman una hipótesis de carácter asociativo: a mayor motivación, mayor participación en el tratamiento. Reconocen necesario emplear diversas técnicas para incrementar la motivación en su modelo transteórico (2.005) y afirman que todas las personas pasan por las mismas etapas a la hora de realizar cambios. Estas etapas las representan gráficamente en forma de círculo, y las identifican como: Pre-contemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento y Recurrencia, indicando que se trata de un proceso con particularidades propias y que en cada una estas etapas el protagonista principal es el paciente. El entorno familiar y el equipo de salud operan en este marco como coadyuvantes.

¿Cabe aquí preguntar cuando la decisión del paciente de continuar el tratamiento es obstaculizado por barreras del entorno, la motivación personal será capaz de romper esta rueda?

OBJETIVOS

*Conocer el nivel de motivación que tienen los adolescentes con sobrepeso y obesidad para cumplir con el tratamiento y asistir a los controles en el Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales de Salta.

*Identificar las barreras percibidas por los adolescentes para realizar el tratamiento.

POBLACIÓN

El estudio fue de carácter descriptivo, transversal y observacional. Se inició con el relevamiento de Historia Clínicas de pacientes ingresados para su tratamiento por obesidad y sobrepeso durante los años 2007/2008, resultando un N=133 de los cuales n=85

integraron la Muestra.

Criterios de inclusión:

*Tener de 10 a 18 años en el momento de la recolección de la información.

*Que los Adolescentes supieran leer y escribir.

Criterios de Exclusión:

*Pacientes que residieran a más de 10 km de distancia del Centro de Atención.

*Pacientes en los que la presencia de obesidad y sobrepeso fueran enfermedades secundarias.

METODOLOGÍA

A la muestra de 85 adolescentes de ambos sexos se le aplicó, previa autorización de los padres y de ellos mismos, un cuestionario para la recolección de datos (Ver Anexo). Se siguió el protocolo para investigación de la Declaración de Helsinki en su artículo octavo. El instrumento de recolección de datos se aplicó en el domicilio y consistió en una encuesta semiestructurada de carácter anónimo, que tenía por objetivo medir el nivel de motivación para el cumplimiento del tratamiento y las barreras percibidas para su continuidad. Para medir la Motivación se elaboró una escala adaptada William R. Miller y Janice M. Brown, mostrando a cada adolescente una lista de dieciocho variables referidas a la presencia de factores motivacionales; en cada variable, el adolescente debía indicar una sola respuesta de entre alternativas múltiples, y la puntuación fue de 0 a 3 puntos por cada respuesta.

Significado de la puntuación:

0 equivale a que no quería NADA.

1 INDECISO respecto de si quería esto en su tratamiento.

2 QUIERE o necesita esto en su tratamiento.

3 ¡SI! DEFINITIVAMENTE quiere o necesita esto en su tratamiento.

Para medir la variable se sumaron las puntuaciones seleccionadas por el entrevistado y se clasificaron de la siguiente manera:

De 0 a 17 puntos = Motivación Baja

De 18 a 35 puntos = Motivación Intermedia

De 36 a 54 puntos = Motivación Alta

Luego se procedió a medir las barreras percibidas para la continuidad en el tratamiento. Se elaboró un cuestionario de evaluación preliminar adaptado de la escala elaborada por Alejandro M. O' Donnell y Beatriz Gripo, se consideraron preguntas referidas a las variables: apoyo familiar, selección en la compra de alimentos, entre otras. Se consideraron barreras institucionales: tiempo de espera, ausencia de profesionales, falta de turnos, costo elevado del viaje, calidad de atención del equipo de salud, y presencia de apoyo motivacional por parte de este último.

Se brindó al adolescente una lista de veinticuatro posibilidades con opción por SI o por NO, distribuidas en dos columnas A y B; la alternativa seleccionada debía estar encerrada en un círculo, y al final se sumó la cantidad de círculos de la columna A.

Se clasificaron los Resultados de la siguiente forma:

De 0 a 8 círculos = Barreras altas, significa que existen numerosas barreras que podrían obstaculizar el tratamiento.

De 9 a 16 círculos = Barreras intermedias, consideran que es necesario reforzar ciertos conceptos acerca de los beneficios y probables dificultades para asistir a los controles.

De 17 a 24 círculos = Barreras bajas, se considera que no hay obstáculos para la asistencia a los controles.

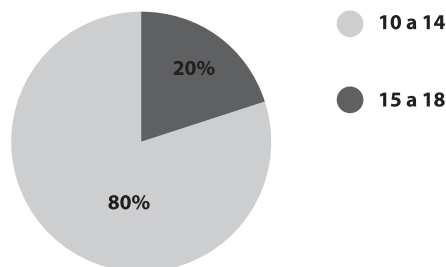
ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron analizados estadísticamente mediante distribución de frecuencia y porcentaje para su representación en gráficos y tablas.

RESULTADOS

GRÁFICO N°1

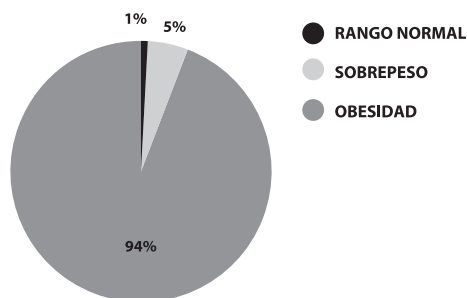
Distribución de adolescentes con sobrepeso y obesidad según Edad - Período 2007/2008
Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales de Salta CNIN.



El 80% (n:68) de los adolescentes tenía entre 10 y 14 años de edad.
El 20% (n:17) de 15 a 18 años.

GRÁFICO N°2

Distribución de los adolescentes con sobrepeso y obesidad según Diagnóstico de Ingreso en el CNIN. Salta.



El diagnóstico al ingreso se corresponde con obesidad en el 94% de los casos (n:80), el 5% (n:4) presentó sobrepeso, y el 1% (n=1) presentó un peso en rango normal.

TABLA N°1

Distribución de adolescentes con Sobrepeso y Obesidad según el Nivel de Motivación y Edades-período 2007/2008- CNIN. Salta.

Edad de los adolescentes	Nivel de Motivación						Total	
	Baja		Intermedia		Alta		n	%
	n	%	n	%	n	%		
10 a 14	-	-	15	22.05	53	77.95	68	100
15 a 18	1	5.88	5	29.41	11	64.71	17	100
Total	1	1,17	20	23.52	64	75.29	85	100

Se observa un alto nivel de motivación personal en ambos grupos de 10 a 14 años el 78% (n:53) y de 15 a 18 años el 65% (n:11). En el rango 15 a 18 años, el 29.41% (n=5) presentó una motivación intermedia mientras que el 6% (n=1) mostró una baja motivación.

TABLA N°2

Distribución del nivel de motivación de adolescentes con sobrepeso y obesidad según Cumplimiento de los controles Período 2007/2008- CNIN. Salta.

Cumplimiento de controles	Motivación						Total	
	Baja		Intermedia		Alta		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Si Cumplen	-	-	1	1.17	5	5.88	6	7.05
No Cumplen	1	1.17	19	22.35	59	69.41	79	92.94
Total	1	1.17	20	23.52	64	75.29	85	100

De esta relación entre motivación y cumplimiento se deduce que del 75.29% (n=64) que posee alta motivación, sólo cumplen con los controles el 5.88% (n=5) y con motivación intermedia el 1.17% (n=1). Esto significa que un alto número se encuentra motivado personalmente aunque no cumple con el tratamiento.

TABLA N°3

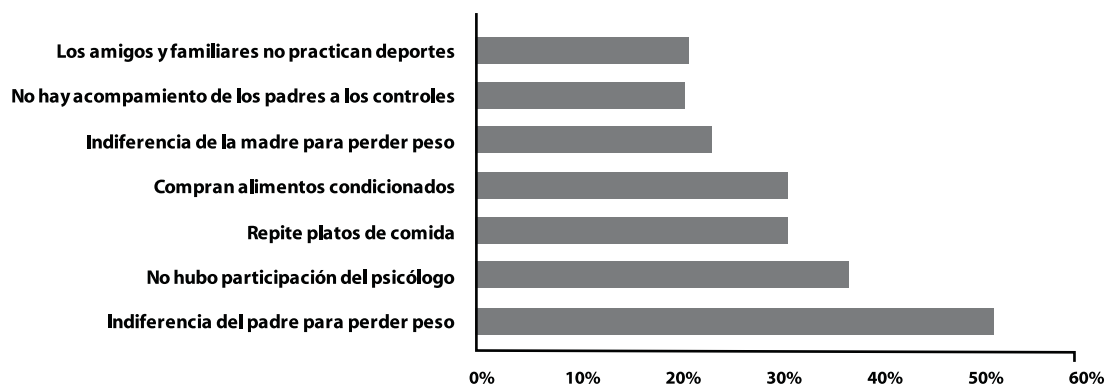
Distribución de adolescentes con sobrepeso y obesidad según Barreras para cumplir el tratamiento - período 2007/2008- CNIN. Salta.

Barreras	Edades			
	10 a 14		15 a 18	
	n	%	n	%
Baja	57	84%	14	82%
Media	10	15%	3	18%
Alta	1	1%	0	0%
Total	68	100%	17	100%

En ambos grupos de edad se observa que los adolescentes presentan bajas barreras para cumplir el tratamiento, esto lo demuestra el 84% (n:57) en el grupo de 10 a 14 años y el 82% (n:14) de entre 15 a 18 años. Los adolescentes con barreras intermedias en el grupo de 10 a 14 años fueron el 15% (n:10) y con barrera alta el 1% (n:1). En el grupo de 15 a 18 años, el 18% (n:3) posee barrera intermedia no registrándose ninguno con barrera alta.

GRÁFICO N°3

Distribución de los adolescentes con sobrepeso y obesidad según Barreras identificadas para cumplir el tratamiento. CNIN. Salta. Año 2009



Sobresalen entre otras; el 51.76% de los padres que no se cuidan para bajar de peso, el 37.64% que no recibió apoyo motivacional por parte del psicólogo, el 31.76% que habitualmente se le ofrece repetir el plato de comida, y el mismo porcentaje no evita adquirir alimentos condicionados.

TABLA N°4

Distribución de adolescentes con sobrepeso y obesidad según Percepción del Apoyo Motivacional del Equipo de Salud, período 2007/2008 CNIN.

Profesionales que brindaron apoyo motivacional	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Enfermeros	77	91	8	9	85	100
Pediatras	72	85	13	15	85	100
Nutricionistas	69	81	16	19	85	100
Psicólogos	53	62	32	38	85	100

El 91% (n:77) identificaron a los Enfermeros como apoyo motivacional; le siguen los Pediatras en el 85% (n:72) de los casos, los Nutricionistas en el 81%(n:69), los Psicólogos en un 62% (n:53). Se destaca que 32 adolescentes percibieron no recibir apoyo motivacional por el psicólogo, de este n= 32, 21 no lograron ser atendidos porque desertaron al ingreso, los 11 restantes manifestaron que no se sintieron motivados por el profesional.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En los adolescentes estudiados prevaleció la motivación personal alta para el cambio, manifestándose en variables como el deseo de bajar de peso para mejorar su imagen personal. Esto les posibilitaría encontrar formas placenteras de pasar el tiempo libre, tendrían más amigos con quien compartir sus problemas, y por estos motivos solicitan ayuda para cumplir el tratamiento.

La bibliografía refiere que es necesaria una motivación alta para lograr cambios, pues permite concientizar al adolescente y a su familia acerca de la importancia del tratamiento y de los riesgos de no cumplirlos. Para esto es necesario que se encuentren motivados a fin de transitar el proceso, un proceso en forma de espiral, con momentos de avances y retrocesos.

Estos resultados llaman a la reflexión: los adolescentes estudiados inician el tratamiento, pero no mantienen su permanencia, incumpliendo con los controles establecidos, a pesar de que presentan una alta motivación para el cumplimiento a los controles y bajas barreras. Estos datos permiten inducir que la falta de motivación del entorno familiar es bloqueante del proceso de tratamiento. Se observa que los padres se encuentran largo tiempo fuera del hogar y que entre las actividades que deben realizar los adolescentes se encuentran otras como ir al gimnasio, pero no es prioridad en la agenda familiar que estos concurren a los controles.

Ante este diagnóstico es necesario que el equipo de salud oriente al grupo familiar y acompañe en el proceso de tratamiento, ayudándolos a detectar sus fortalezas y debilidades y, si es necesario, revisar los protocolos de tratamiento.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación se concluye que coexisten en los adolescentes un alto nivel de motivación personal con bajas barreras, lo cual es considerado un factor positivo que está fuertemente bloqueado por la falta de motivación del entorno familiar. Desde el equipo de salud se requiere de un trabajo interdisciplinario que ensaye nuevos protocolos de tratamiento centrados en el paciente y en la contención del grupo familiar.

ANEXOS

Encuesta

1-ANTECEDENTES SOCIO DEMOGRÁFICOS

Encuesta Nº.

1.1 Edad: 1.2 Sexo: a) (...) Masculino.; b) (...) Femenino.

1.3 Lugar de residencia actual, identificando Barrio o Paraje

1.4 Lugar de procedencia: a)Salta Capital.....b) Interior

1.5 Grado de escolaridad: a (...) EGB ; b (...) Polimodal

1.6 Tipo de Flia: a.(...) Nuclear ; b (...) Extensa ; c (...) Monoparental ; d (...) Ensamblada

1.7 Grupo Familiar Primario: a (...) Padre ;b (...) Madre ; c (...) Hermanos.....

1.8 Antecedentes familiares de salud:

Grupo Fliar	Sobrepeso	Obesidad
Padre		
Madre		
Hermanos		

1.9 Diagnóstico de Ingreso: a) (...)Sobrepeso; b) (...) Obesidad

2.- Modos de Ingreso:

a (...)Derivado: a1(...) Institución Privada (...) Médico (...) Nutricionista;

a2 (...)Institución Pública (...) Médico, (...) Nutricionista, (...) Otros;

b (...)Espontáneo, (...) madre, (...)amigos, (...)compañeros de escuela, (...)otros.

Fecha de ingreso:

3- MOTIVACIÓN

3.1 Quiero cumplir el tratamiento para bajar de peso.	0	1	2	3
3.2 Quiero ayuda para bajar de peso	0	1	2	3
3.3 Quiero aprender a consumir los alimentos que me indica la nutricionista.	0	1	2	3
3.4 Me gustaría mejorar mi salud al aprender mas sobre los alimentos y el ejercicio.	0	1	2	3
3.5 Quiero aprender a tener voluntad para incorporar los alimentos indicados.	0	1	2	3
3.6 Me gustaría que mi familia comparta conmigo el tratamiento.	0	1	2	3
3.7 Quiero ayuda con mis dudas para cumplir el tratamiento.	0	1	2	3
3.8 Quiero que alguien escuche mi problema.	0	1	2	3
3.9 Quiero que alguien en mi casa me apoye.	0	1	2	3
3.10 Me gustaría aprender a manejar mejor mis tiempos libre.	0	1	2	3
3.11 Quiero encontrar formas placenteras de pasar mis tiempos libres.	0	1	2	3
3.12 Me gustaría estar en un grupo con chicos de mi edad, con problemas parecido a los míos.	0	1	2	3
3.13 Creo que voy a necesitar tratamiento durante bastante tiempo.	0	1	2	3
3.14 Deberé cambiar mis hábitos de alimentación par bajar de peso.	0	1	2	3
3.15 Pienso dejar de abusar de las comidas como: lomito, papas fritas, hamburguesa, dulces y gaseosas comunes.	0	1	2	3
3.16 Reduciré la cantidad de comida para bajar de peso.	0	1	2	3
3.17 Creo que al bajar de peso mejoraría mi imagen personal.	0	1	2	3
3.18 Quiero llevar una vida saludable en el futuro.	0	1	2	3

4.- Asistencia a los controles en el CNIN

5.- Barreras para el tratamiento de los adolescentes en estudio.

Preguntas	A	B
Falta de apoyo familiar.	Si	No
¿Tu madre cocina o supervisa la preparación de las comidas?	Si	No
¿Tu madre controla las porciones y / o alimentos que te ofrece?	Si	No
¿Habitualmente te ofrecen repetir el plato de comida?	Si	No
¿Se evitan la compra de ciertos alimentos por considerar que engordan (gaseosas comunes, papas fritas, golosinas, etc.)?	Si	No
¿Alguna persona cercana (por ejemplo abuelo/a) te ofrece alimentos a escondidas?	Si	No
¿Te gustan las frutas y verduras?	Si	No
¿Tus padres consumen frutas y verduras diariamente?	Si	No
¿Tu padre se cuida para bajar de peso?	Si	No
¿Tu madre se cuida para bajar de peso?	Si	No
¿Tus padres promueven que realices actividad física?	Si	No
¿Tu madre o padre tienen la posibilidad de acompañarte a los controles en forma periódica?	Si	No
¿Cuentas con espacio disponible para recreación en su casa o en otro lugar?	Si	No
¿Tus amigos y familiares practican deporte regularmente?	Si	No

Factores Institucionales. ¿Cuáles de las siguientes situaciones influyeron para la concurrencia al CNIN o dificultaron tu control?

¿El tiempo de espera?	Si	No
¿La ausencia de profesionales?	Si	No
¿La falta de turno ?	Si	No
Costo elevado de viaje (en tiempo y dinero)	Si	No
¿La atención de enfermería es buena?	Si	No
¿La atención del resto del equipo es buena?	Si	No
¿Recibiste apoyo motivacional de enfermería?	Si	No
¿Recibiste apoyo motivacional de pediatría?	Si	No
¿Recibiste apoyo motivacional del servicio de nutrición?	Si	No
¿Recibiste apoyo motivacional de psicología?	Si	No

BARRERAS MAS FRECUENTES PARA CUMPLIR EL TRATAMIENTO

Preguntas	negativas		positivas	
	n	%	n	%
Falta de apoyo familiar.	16	18.82	69	81.17
¿Tu madre cocina o supervisa la preparación de las comidas?	12	14.11	73	85.88
¿Tu madre controla las porciones y / o alimentos que te ofrece?	16	18.82	69	81.17
¿Habitualmente te ofrecen repetir el plato de comida?	27	31.76	58	68.23
¿Se evitan la compra de ciertos alimentos por considerar que engordan (gaseosas comunes, papas fritas, golosinas, etc.)?	27	31.76	58	68.23
¿Alguna persona cercana (por ejemplo abuelo/a) te ofrece alimentos a escondidas?	12	14.11	73	85.88
¿Te gustan las frutas y verduras?	9	10.58	76	89.41
¿Tus padres consumen frutas y verduras diariamente?	12	14.11	73	85.88
¿Tu padre se cuida para bajar de peso?	44	51.76	41	48.23
¿Tu madre se cuida para bajar de peso?	20	23.52	65	76.47
¿Tus padres promueven que realices actividad física?	12	14.11	73	85.88
¿Tu madre o padre tienen la posibilidad de acompañarte a los controles en forma periódica?	18	21.17	67	78.82
¿Cuentas con espacio disponible para recreación en su casa o en otro lugar?	14	16.47	71	83.52
¿Tus amigos y familiares practican deporte regularmente?	18	21.17	67	78.82
¿El tiempo de espera?	18	21.17	67	78.82
¿La ausencia de profesionales?	16	18.82	69	81.17

Preguntas	negativas		positivas	
	n	%	n	%
¿La falta de turno?	14	16.47	71	83.52
Costo elevado de viaje (en tiempo y dinero)	16	18.82	69	81.17
¿La atención de enfermería es buena?	2	2.35	83	97.64
¿La atención del resto del equipo es buena?	1	1.17	84	98.82
¿Recibiste apoyo motivacional de enfermería?	6	7.05	79	92.94
¿Recibiste apoyo motivacional de pediatría?	10	11.76	75	88.23
¿Recibiste apoyo motivacional del servicio de nutrición?	13	15.29	72	84.70
¿Recibiste apoyo motivacional de psicología?	32	37.64	53	62.35

CAUSAS DE ABANDONO

Distribución de los adolescentes con sobrepeso y obesidad según Motivo de Abandono al tratamiento.CNIN. Salta. Año 2009.

Causas de Abandono	n	%
Padres que trabajan	27	34
Situación económica	10	13
Otros	10	13
Se niega asistir	8	10
Doble jornada escolar	8	10
Problemas familiares	7	9
Normalizó el peso	6	6
Exigencia a la actividad física	2	3
No disminuyo de peso	1	1
Total	79	100

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En función de un Proyecto de Tesis presentado en la Facultad de Ciencia de Salud Universidad Nacional de Salta, Expediente nº 12.191/08: "La Motivación y su influencia en el tratamiento de los adolescentes con sobrepeso y obesidad"

Se invita a Usted a informarse y poner de manifiesto su consentimiento para permitir el ingreso de su hijo al presente estudio, el cual se desarrollara con el objeto de conocer el nivel de motivación de los adolescentes con sobrepeso y obesidad para la asistencia a los controles en el Centro Nacional de Investigación Nutricionales de Salta. Asimismo se garantiza que los datos aportados serán tratados con el debido respecto y conservando en todo momento el anonimato.

La metodología para la recolección de la información será realizada mediante entrevista en el CNIN a los adolescentes que asisten al mismo y en los domicilios particulares de aquellos que abandonaron el tratamiento.

Queda Usted informado Atte.

ACEPTO PARTICIPAR DEL ESTUDIO

Firma.....

BIBLIOGRÁFICAS

1) William R y Miller P Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancia. Capítulo I Conceptualizando la motivación y el cambio. Publicación de "DHHS". 1.999 p. 2

Bibliografía

- 1- Álvarez Hernández J, Moreno Esteban B, Monereo Mejías S. Obesidad una visión actual. En: Moreno Esteban B, Monereo Mejías S, Álvarez Hernández J. (editores)
- 2- Obesidad La Epidemia del Siglo XXI. 2º edición 2.000 revisada. Ediciones Díaz de Santo SA. Madrid 2.000
- 3- Amador M. "La Obesidad en la Pobreza un nuevo reto para La Salud Pública" publicación científica nº 576 Washington D. C: OPS, 2.000
- 4- Botero J U, Júbiz A H, Henao G. Obstetricia y Ginecología Texto Integrado. 7a edición. Universidad de Antioquia. Tercera Parte cap. 28 Adolescencia. 2.004
- 5- Cappelen L, Tempestti C, Alfaro S, García López A, Cipitelli A. Hábitos alimentarios en adolescentes y su relación con variables socioeconómicas y dinámica familiar. Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales. Salta, Argentina. 2.002.
- 6- Carmuega E, Durán P. Evaluación del estado nutricional en Pediatría Boletín CESNI. Vol. 9 Junio 2.000.
- 7- Choque, A. V. "Prevalencia de conductas de riesgo asociadas a los trastornos alimentarios en los adolescentes". Tesis para la obtención del grado académico de Magíster en Salud Pública. Salta. Universidad Nacional de Salta. Facultad de Ciencias de la salud; 2.007.
- 8- D'Anello Koch, Silvina. Motivación hacia la salud: conceptualización y medición/ Health motivation: concepts and measurement. Rev. Medula; 7(1/4): 54-59, ene.-dic. 1.998.
- 9- Gotthelf S, Jubany L. Comparación de tablas de referencia en el diagnóstico antropométrico de niños y adolescentes obesos. Artículo original Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales. 2.005
- 10- Hernández Girón JP, Domínguez Hernández ML. Los adolescentes de Oaxaca y su motivación hacia el consumo/ Consumer motivation of adolescents in the state of Oaxaca, México. Rev. Ciencia; 45(2): 185-97, México, Junio 1.994.
- 11- Lema S, Guastavino P. Adherencia del paciente al tratamiento. Modulo 3 Nutrinfo.com. 2.008.
- 12- Mazza C. Obesidad en atención integral de adolescentes y jóvenes. Criterio de diagnóstico y tratamiento. SAP Vol. II. 1 edición. 1.996
- 13-