

Apoyo social y adhesión terapéutica en balón intragástrico bioenteric

Autores Mariela González¹ y Zoraide Lugli²

Afiliación ¹Magister en Psicología. Universidad Simón Bolívar Caracas-Venezuela. Candidata a Doctor en Psicología en Pontificia Universidad Católica de Chile. mgonzalez4@uc.cl
²Magister en Psicología. Universidad Simón Bolívar. Caracas, Venezuela. Profesora Asociada. Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento. Universidad Simón Bolívar. Caracas, Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2015;69(4):106-114. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X.

Autor correspondiente: Mariela González. Correspondencia a Pontificia Universidad Católica de Chile. Av. Vicuña Mackenna #4860. Escuela de Psicología. Secretaria de Doctorado en Psicología. Macul-Región Metropolitana. Santiago de Chile.
Correo-e: mgonzalez4@uc.cl

Resumen

Introducción: el poco éxito obtenido con la aplicación de los tratamientos médicos en los sujetos con obesidad mórbida, es un factor que predispone al clínico a buscar otras medidas terapéuticas, surgiendo así el balón intragástrico BioEnteric (BIB). No obstante, para que esta técnica sea efectiva, el individuo debe realizar un esfuerzo constante y progresivo para controlar su ingesta alimenticia. Este esfuerzo requiere una participación activa tanto de la persona como de su contexto social en la modificación de su conducta.

Objetivo: determinar la relación entre el apoyo social percibido y la adhesión terapéutica en pacientes que se les ha colocado el BIB.

Material y método: participaron 75 obesos (56 mujeres y 19 hombres), entre los 18 y 65 años ($M= 39.29$; $DT= 11.82$), que asistieron a cinco centros de la ciudad de Caracas, donde se lleva a cabo este procedimiento. Se utilizaron la Escala de Apoyo Social y un cuestionario ad hoc de comportamientos de adhesión terapéutica dirigido a personas que se les ha colocado el BIB. Inicialmente se contactó a los centros clínicos y se seleccionó la muestra. Posteriormente, se aplicaron los inventarios antes y en cada mes posterior a la introducción del balón por un espacio de tres meses.

Resultados: los participantes se caracterizaron por presentar niveles moderados en las distintas variables. Por otro lado, quienes percibieron apoyo de amigos y/o cercanos, son aquellos que reportan adhesión terapéutica.

Conclusiones: se sugiere promover las redes de apoyo social dado que podrían ser indispensables para lograr y mantener la adhesión.

Palabras clave: balón intragástrico BioEnteric, apoyo social percibido, adhesión terapéutica.

SOCIAL SUPPORT AND ADHERENCE TO THERAPY IN BIOENTERICS INTRAGASTRIC BALLOON

Summary

Introduction: The lack of success obtained applying medical treatments in obese people is a critical element that triggers the process of finding other therapeutic procedures, arising then the BioEnteric Intra-gastric Balloon (BIB). However, this procedure requires an constant effort by the individual measuring and controlling the food intake in order to obtain effective and positive results. This aforementioned effort also requires an active interest not only of the individual but also of his social environment to modify the behavior.

Aim: determine the relationship between perceived social support and adherence to therapy in patients who have been placed BIB.

Methods: 75 obese (56 women and 19 men) between 18 and 65 years ($M= 39.29$, $SD= 11.82$), who attended five centers in the city of Caracas, where he carried out this procedure. Was used Social Support Scale and treatment adherence behavior respectively. The procedure was contacted the centers and the sample was selected. Subsequently, the inventories were applied before and the month after the before and three months after the balloon set.

Results: Show that participants were characterized by moderate levels in the variables. On the other hand, those who perceive that they perceived support from friends are those who report adherence to therapy.

Conclusions: From the results it is suggested promote social support networks, which could be essential to achieve and maintain adherence to therapy in patients with BioEnterics intra-gastric balloon.

Key words: BioEnteric intra-gastric balloon, perceived social support, adherence to therapy.

Introducción

El exceso de peso es un problema de salud que afecta, en mayor o menor medida, a gran parte de la población mundial occidental. Los distintos estudios epidemiológicos realizados, señalan que la obesidad es el número uno de los problemas nutricionales, calculándose que aproximadamente entre el 30% de la población adulta es obesa y que este porcentaje sigue aumentando, especialmente en los países desarrollados.¹ Las últimas publicaciones señalan que solo en la región latinoamericana, unos 130 millones personas son víctima del sobrepeso y la obesidad. Es decir, casi un cuarto de la población.²

En el caso de Venezuela, el 30.8% de las personas adultas son obesas, es el país de Latinoamérica con el mayor porcentaje de personas con sobrepeso: 67.5%, casi igual que EE.UU: 69% (2), reportando una prevalencia de obesidad cercana al 50% (IMC = 25 Kg/m²) en hombres venezolanos y 53% en las mujeres (IMC = 26.25 Kg/m²).³

La obesidad se considera una situación no deseable desde el punto de vista médico y social, constituyendo un motivo de preocupación tanto colectivo como individual. Ello pone de relieve la importancia del desarrollo de tratamientos que incluyan una intervención multidisciplinaria.⁴ Sin embargo, el tratamiento base debe seguir siendo la modificación de los hábitos de vida.⁵

Precisamente, lograr esta modificación es el punto débil del tratamiento de la obesidad, al necesitar una implicación responsable tanto del paciente como del equipo terapéutico, que permita una motivación continuada.⁴

La recuperación de peso tras un tratamiento médico-nutricional, ha sido confirmada por diversas investigaciones, donde se concluye que aproximadamente el 90-95% de las personas que pierden peso lo recuperan entre uno y cinco años más tarde.⁵ Siendo este porcentaje mucho más evidente en personas con obesidad mórbida.⁶ Por ello que, el control de peso a largo plazo es el reto más importante a superar para un porcentaje cada vez mayor de la población.

El poco éxito obtenido con la aplicación de los tratamientos médicos en los sujetos con obesidad mórbida, es un factor que predispone al clínico a buscar otras medidas terapéuticas, surgiendo así los procedimientos quirúrgicos.⁷ La cirugía bariátrica resulta ser el más común de estos, su práctica se ha ido extendiendo progresivamente a lo largo de la última década para el tratamiento de la obesidad mórbida.⁷ Mediante esta cirugía se consiguen pérdidas de sobrepeso que oscilan entre un 28% y un 62%, dependiendo de la técnica, con seguimientos que oscilan entre uno y cinco años.^{8,9}

No obstante, las recaídas después de intervenciones quirúrgicas se está volviendo un campo de preocupación desde hace ya un tiempo.¹⁰ Es así, como la falta de adhesión terapéutica es uno de los problemas más significativos con los que se enfrenta la práctica clínica para lograr el control del peso.¹¹ Incluso, esto es también la regla en técnicas que han aparecido en la actualidad como alternativas no quirúrgicas, tal es el caso del BIB.^{12,13}

Para que las acciones dirigidas al control del peso corporal sean efectivas, el individuo debe realizar un esfuerzo constante y progresivo para controlar su ingesta alimenticia y mantener un adecuado gasto calórico mediante la práctica regular de ejercicios físicos. Este esfuerzo requiere una participación activa de la persona en la modificación de su conducta, por lo que es necesario que aprenda a identificar sus hábitos actuales y las consecuencias de los mismos, así como de los nuevos comportamientos por los que deben sustituirse.^{14,15}

Estas actividades son llevadas a cabo por el individuo no sólo por medio de la influencia de algunas variables personales sino también sociales,¹⁶ lo cual resulta válido para cualquier procedimiento alternativo que tiene como finalidad el control del peso, como es el caso del BIB;¹² por lo que es fundamental para su aplicación, la realización de estudios que clarifiquen si percepción que este tipo de pacientes tengan sobre el apoyo social que reciben en el tratamiento, se encuentra asociada con su adhesión terapéutica.

Esta variable ha sido estudiada en enfermedades crónicas, siendo descrita como moderadora de la adhesión a regímenes dietéticos y de ejercicios físicos, similares al del paciente con BIB.^{17,20} Asimismo, se ha abordado en tratamientos dirigidos a la reducción de peso, encontrándose que en la actualidad siguen siendo escasos o contradictorios los estudios centrados en el papel que desempeña dicha variable en las conductas alimentarias, en el mantenimiento de las ganancias terapéuticas y en la estabilidad del peso durante amplios períodos de tiempo.²¹⁻²⁴

Teniendo en cuenta los resultados contradictorios a los que ha llegado las investigaciones en obesos en general y considerando que la mayor parte de los actuales estudios sobre el BIB son llevadas a cabo por médicos,²⁵⁻³⁰ esta investigación buscará abordar, desde el modelo psicosocial, la relación existente entre el apoyo social percibido y la adhesión terapéutica en pacientes que se les ha colocado el BIB.

Pacientes y Métodos

Participaron voluntariamente 75 personas (**Cuadro 1**), con los criterios de selección establecidos para la colocación del BIB (mayores de 18 años de edad; con un IMC mayor a 30 Kg/m²; pacientes que sin contar con el IMC requerido fueron aceptados por los médicos tratantes por presentar alguna patología endocrina que pudiese controlarse y/o regularizarse con un BIB). 56 fueron del género femenino (74.70%) y 19 del masculino (25.30%), con edades comprendidas entre 18 y 65 años (= 39.29 años, DT= 11.82). El IMC de la muestra osciló entre 25.84 Kg/m² y 56.40 Kg/m² (= 36.98, DT= 6.50).

Cuadro 1 Características de la muestra

Género	Media	DT	N	% del Total
Femenino			56	74.70%
Masculino			19	25.30%
Edad				
60-69 años			4	5.30%
50-59 años			12	16%
40-49 años	39.29	11.82	23	3.70%
30-39 años			16	21.30%
20-29 años			17	22.70%
18-19 años			3	4%
IMC				
25-29 Kg/m ²			11	14.70%
30-34.9 Kg/m ²	36.98 Kg/m ²	6.50	17	22.70%
35-39.9 Kg/m ²			25	33.30%
> 40 Kg/m ²			22	29.30%
Nivel de instrucción				
Bachillerato incompleto			1	1.30%
Bachillerato			12	16%
Universitario			62	82.70%
Ocupación				
Empleado			36	48%
Ama de casa			5	6.70%
Estudiante			4	5.30%
Jubilado			1	1.30%
Desempleado			1	1.30%
Trabajador independiente			26	34.70%
Empleado y estudiante			1	1.30%
Empleado y trabajador Independiente			1	1.30%
Comorbilidad				
Diabetes			2	2.70%
Hiperinsulinismo			21	28%
Hipotiroidismo			5	6.70%
Hipertension arterial			10	13.30%
Diabetes, hipotiroidismo, hipertensión arterial			1	1.30%
Hiperinsulinismo e hipotiroidismo			6	8%
			1	1.30%
Diabetes e hipertensión arterial			2	1.30%
Diabetes e hipotiroidismo			1	1.30%
Diabetes e hiperinsulinismo			26	34.70%
Ninguna				

Instrumentos

Escala de Apoyo social de Dunn³¹⁻³² evalúa el apoyo social percibido por los sujetos ("apoyo de amigos y cercanos", "apoyo familiar", "apoyo religioso").

Cuestionario de comportamientos de adhesión terapéutica en personas que se les ha colocado el balón intragástrico: se elaboró y validó para la presente investigación. Explora el cumplimiento de las conductas de salud deseadas en el tratamiento. Está constituido por 38 ítems en una escala tipo Likert de cuatro puntos, cuyas alternativas de respuestas van de "Nunca (0) a Casi siempre (3)". Indaga qué conductas fueron desplegadas por el paciente a lo largo del procedimiento: la toma de medicación de antiespasmódicos y antieméticos (horario y dosis); la ejecución de la dieta, de los cambios de hábitos de masticación e ingesta de alimentos y la realización de la rutina de ejercicios físicos programada.

Procedimiento

Se contactaron cinco centros privados que practicaran la colocación del BIB, en donde se procedió a la selección de la muestra de aspirantes. Seguidamente, se construyó y se le realizó una validación de contenido al cuestionario de comportamientos de adhesión terapéutica en personas que se les ha colocado el BIB; para esto se contó con la participación de siete expertos en el área, quienes valoraron las conceptualizaciones teóricas, así como también lo concerniente a la evaluación de los ítems.

Seguidamente, una vez seleccionada la muestra de aspirantes, se les suministró el consentimiento informado y se procedió a la aplicación de la escala de apoyo social. Esta aplicación fue realizada antes de la colocación del BIB, en un tiempo no mayor a un mes, dándosele el nombre de medida previa al tratamiento.

Posteriormente, los participantes fueron contactados al mes de haberse colocado el BIB; en este momento se les entregó nuevamente el inventario aplicado en la medida previa, así como se llevó a cabo la medición de la adhesión terapéutica por medio del cuestionario de comportamientos de adhesión terapéutica. A esta medida se le dio el nombre de medida al mes uno. Este procedimiento se repitió al segundo y al tercer mes del procedimiento, dándosele el nombre de medida al mes dos y tres.

Una vez finalizado el seguimiento, se procesaron los datos a través del programa estadístico SPSS. En un primer lugar, a fin de evaluar el efecto diferencial de las variables de estudio a lo largo del tratamiento del BIB, se empleó un análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVAs). Por último, con el propósito de tratar de valorar la asociación entre las variables apoyo social percibido y adhesión terapéutica, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson.

Resultados

Como primer paso se presenta el análisis descriptivo, específicamente las medidas de tendencia central y de dispersión (**Cuadro 2**).

Cuadro 2 Descriptivos de las variables

	Media	Mediana	Moda	DT	Rango Obs	Rango posible	Asimetría	Curtosis
Apoyo social factor apoyo familiar	Media	Mediana	Moda	DT	Rango Obs	Rango posible	Asimetría	Curtosis
Medida previa	21.09	22	23	4.17	6-27	0-27	-.944	1.171
Medida 1	21.95	23	24	3.42	13-27	0-27	-1.450	1.545
Medida 2	21.47	23	24	4.13	8-26	0-27	-1.234	.740
Medida 3	20.95	22	24	4.37	6-27	0-27	-1.685	3.317
Apoyo social factor apoyo de amigos y cercanos	Media	Mediana	Moda	DT	Rango Obs	Rango posible	Asimetría	Curtosis
Medida previa	24.07	25	30	5.21	5-30	0-30	-.994	1.463
Medida 1	24.89	26	30	3.42	8-30	0-30	-.999	.727
Medida 2	24.01	24	30	5.70	6-30	0-30	-.952	.938
Medida 3	22.99	24	30	6.03	5-30	0-30	-1.012	1.037
Apoyo social factor apoyo religioso	Media	Mediana	Moda	DT	Rango Obs	Rango posible	Asimetría	Curtosis
Medida previa	8	8	10	3.75	0-15	0-15	-.092	-.792
Medida 1	9.48	9	9	3.18	2-15	0-15	-.118	-.189
Medida 2	9.05	10	11	3.96	0-15	0-15	-.490	-.604
Medida 3	9.33	10	11	3.49	1-15	0-15	-1.02	1.04
Adhesión al tratamiento farmacológico	Media	Mediana	Moda	DT	Rango Obs	Rango posible	Asimetría	Curtosis
Medida 1	17.27	18	18	1.66	12-18	0-18	-2.304	4.163
Medida 2	17.39	18	18	1.14	13-18	0-18	-2.286	5.362
Medida 3	17.16	18	18	1.48	13-18	0-18	-1.799	2.410

Cont. Cuadro 2 Descriptivos de las variables

	Media	Mediana	Moda	DT	Rango Obs	Rango posible	Asimetría	Curtosis
Adhesión a los estilos de alimentación	Media	Mediana	Moda	DT	Rango Obs	Rango posible	Asimetría	Curtosis
Medida 1	62.47	62	55	9.15	40-72	0-72	-.241	-.484
Medida 2	63.08	63	56	8.58	45-72	0-72	.056	-.834
Medida 3	61.13	61	53	9.31	34-72	0-72	-.259	-.598
Adhesión a la rutina de ejercicios físicos	Media	Mediana	Moda	DT	Rango Obs	Rango posible	Asimetría	Curtosis
Medida 1	10.88	10	10	2.43	5-15	0-15	.220	.013
Medida 2	10.76	10	10	2.59	0-15	0-15	-.828	3.325
Medida 3	10.36	10	10	2.74	0-15	0-15	-.608	2.206
IMC	Media	Mediana	Moda	DT	Rango Obs	Rango posible	Asimetría	Curtosis
Medida previa	36.98	35.96	29.30	6.50	26-56	.658	.031	36.98
Medida 1	34.85	34.33	24.02	6.18	24-52	.575	-.253	34.85
Medida 2	33.65	32.88	22.83	6.70	23-52	1.089	2.262	33.65
Medida 3	32.28	31.59	22.16	6.22	22-49	.558	-.486	32.28

A partir del **Cuadro 2**, se puede plantear que en las diferentes dimensiones de las variables de estudio, se observa que la muestra reporta niveles que van de medios a medios-altos. Asimismo, sugiere poca dispersión de los datos.

Por otro lado, a fin de evaluar si existían diferencias significativas en las medidas de las variables de estudio a lo largo del tratamiento del BIB, se empleó un análisis de varianza de medidas repetidas (**Cuadros 3, 4 y 5**).

Teniendo en cuenta los **Cuadros 3, 4 y 5**, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de la variable adhesión terapéutica en los diferentes momentos de medida. Ello sugiere que los participantes no mostraron cambios a lo largo de los meses en sus patrones de adhesión, por lo que se consideró innecesario realizar los análisis de correlaciones posteriores para cada uno de los momentos de medida. Por tanto, se decidió utilizar la tercera medida como indicador de la adhesión.

Cuadro 3 Efectos intra-sujetos para las Variables

Adhesión al tratamiento farmacológico		Suma de cuadrados	Gl	Medida cuadrática	F	Sig.
Fuente		tipo III				
ATM	Esfericidad Asumida	1.929	2	.964	.682	.507
	Greenhouse-Geisser	1.929	1.795	1.074	.682	.492
Error (ATM)	Esfericidad Asumida	209.404	148	1.415		
	Greenhouse-Geisser	209.404	132.841	1.576		
Adhesión a los estilos de alimentación		Suma de cuadrados				
Fuente		tipo III	Gl	Medida cuadrática	F	Sig.
ATM	Esfericidad Asumida	148.587	2	1.249	.949	.389
	Greenhouse-Geisser	148.587	1.953	1.803	.949	.388
Error (ATM)	Esfericidad Asumida	1158.747	148	78.248		
	Greenhouse-Geisser	1158.747	144.519	8.133		
Adhesión a la rutina de ejercicios físicos		Suma de cuadrados				
Fuente		tipo III	Gl	Medida cuadrática	F	Sig.
ATM	Esfericidad Asumida	11.120	2	5.560	.940	.393
	Greenhouse-Geisser	11.120	1.998	5.565	.940	.393
Error (ATM)	Esfericidad Asumida	875.547	148	5.916		
	Greenhouse-Geisser	875.547	147.872	5.921		
Apoyo familiar percibido		Suma de cuadrados				
Fuente		tipo III	Gl	Medida cuadrática	F	Sig.
ATM	Esfericidad Asumida	44.810	3	14.937	1.382	.249
	Greenhouse-Geisser	44.810	2.647	16.929	1.382	.252
Error (ATM)	Esfericidad Asumida	2398.940	222	10.806		
	Greenhouse-Geisser	2398.940	195.869	12.248		

Cont. Cuadro 3 Efectos intra-sujetos para las Variables

Apoyo de amigos y/o cercanos percibido		Suma de cuadrados		Medida cuadrática	F	Sig.
Fuente		tipo III	Gl			
ATM	Esfericidad Asumida	137.183	3	45.728	2.027	.111
	Greenhouse-Geisser	137.183	2.832	48.444	2.027	.115
Error (ATM)	Esfericidad Asumida	5008.567	222	22.56		
	Greenhouse-Geisser	5008.567	209.552	23.901		
Apoyo religioso percibido		Suma de cuadrados		Medida cuadrática	F	Sig.
Fuente		tipo III	Gl			
ATM	Esfericidad Asumida	100.493	2.623	38.314	3.247	.029
	Greenhouse-Geisser	100.493	222	10.318	3.247	.029
Error (ATM)	Esfericidad Asumida	2290.507	194.092	11.801		
	Greenhouse-Geisser	2290.507				

Cuadro 4 Prueba de Esfericidad de Mauchly para las Variables

Efecto intra sujetos	Mauchly's W	Chi-cuadrado aproximado	gl	Sig.
Adhesión al tratamiento farmacológico	.886	8.845	2	.012
Efecto intra sujetos	Mauchly's W	Chi-cuadrado aproximado	gl	Sig.
Adhesión a los estilos de alimentación	.976	1.780	2	.411
Efecto intra sujetos	Mauchly's W	Chi-cuadrado aproximado	gl	Sig.
Adhesión a la rutina de ejercicios físicos	.999	.063	2	.969
Efecto intra sujetos	Mauchly's W	Chi-cuadrado aproximado	gl	Sig.
Apoyo familiar percibido	.830	13.582	5	.019
Efecto intra sujetos	Mauchly's W	Chi-cuadrado aproximado	gl	Sig.
Apoyo de amigos y/o cercanos	.911	6.794	5	.236
Efecto intra sujetos	Mauchly's W	Chi-cuadrado aproximado	gl	Sig.
Apoyo religioso	.781	17.971	5	.003

Cuadro 5 Comparaciones por pares para las Variables que mostraron diferencias significativas

Apoyo religioso percibido		Diferencia entre medias (i-j)	Sig. a
Aporeligio	Aporeligio		
1	2	-1.480*	.004
	3	-1.053	.097
	4	-1.333*	.020
2	1	1.480*	.002
	3	.427	.445
	4	.147	.259
3	1	1.053	.008
	2	-.427	.445
	4	-.280	.695
4	1	1.333*	.028
	2	-.147	.259
	3	.280	.695

a. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni

* Diferencia entre medias significativas al .05

Igualmente, como se encontraron diferencias estadísticamente significativas en una de las dimensiones de variable de apoyo social percibido, se decidió mantener los cuatro momentos de

medidas para los análisis de correlaciones. Así, los análisis se hicieron para cada uno de los momentos de medida de la variable con la tercera medida de las diferentes dimensiones

de la variable adhesión terapéutica.

Seguidamente se presenta el análisis de las correlaciones entre éstas, a partir del coeficiente momento-producto de Pearson.

Correlación entre Adhesión y Apoyo social

En la medida previa a la colocación del BIB, la adhesión al tratamiento farmacológico no correlacionó con ninguna variable. Al mes de colocado el BIB, correlacionó en forma positiva, baja y significativa con el apoyo de amigos y cercanos percibido ($r = .253, p < .05$). Al segundo mes, no correlacionó con ninguna variable. Finalmente, al tercer mes correlacionó en forma positiva, baja y significativa con el apoyo de amigos y cercanos percibido ($r = .299, p < .01$) (**Cuadro 6**).

Por otra parte, en la medida previa a la colocación del BIB, la adhesión a los estilos de alimentación correlacionó en forma negativa, baja y significativa con el apoyo familiar

percibido ($r = -.245, p < .05$). Al mes de colocado el BIB, correlacionó en forma negativa, baja y significativa con el apoyo familiar percibido ($r = -.316, p < .01$). Finalmente, al segundo y tercer mes no correlacionó con ninguna variable (**Cuadro 6**).

Igualmente, en la medida previa a la colocación del BIB, la adhesión a rutina de ejercicio físico correlacionó en forma negativa, baja y significativa con el apoyo familiar percibido ($r = -.235, p < .05$) y en forma positiva, baja y significativa con el apoyo de amigos y cercanos percibido ($r = .257, p < .05$). Al mes de colocado el BIB, correlacionó en forma negativa, baja y significativa con el apoyo familiar percibido ($r = -.379, p < .01$) y en forma positiva, baja y significativa con el apoyo de amigos y cercanos percibido ($r = .231, p < .05$). Al segundo mes, correlacionó en forma negativa, baja y significativa con el apoyo familiar percibido ($r = -.233, p < .05$). Finalmente, al tercer mes no correlacionó con ninguna variable (**Cuadro 6**).

Cuadro 6 Matriz de correlaciones entre Adhesión y Apoyo social

Momentos	Dimensiones de la variable	Adhesión al tratamiento farmacológico	Adhesión a los estilos de alimentación	Adhesión a la rutina de ejercicios físicos
Medida previa a la colocación	Apoyo familiar	.017	-.245*	-.235*
	Apoyo amigos y cercanos	.051	-.159	.257*
	Apoyo religioso	.088	.014	.020
Al mes de la colocación	Apoyo familiar	.036	-.316**	-.379**
	Apoyo amigos y cercanos	.253*	-.128	.231*
	Apoyo religioso	.087	-.089	-.214
Al segundo mes de la colocación	Apoyo familiar	.036	-.179	-.233*
	Apoyo amigos y cercanos	.065	-.117	-.125
	Apoyo religioso	.008	-.071	.001
Al tercer mes de la colocación	Apoyo familiar	.106	-.157	-.091
	Apoyo amigos y cercanos	.299**	-.046	.130
	Apoyo religioso	.366	.177	.437

* $p < 0,05$; ** $p < .01$

Discusión

La conducta de adhesión terapéutica en pacientes con BIB, y su asociación con factores psicosociales, es un campo del conocimiento no explorado. En Venezuela y Latinoamérica, no existen reportes (según las fuentes consultadas) de estudios donde se haya intentado explorar la asociación de la adhesión en pacientes que se les ha colocado el BIB con alguna variable de naturaleza social. De hecho, las investigaciones en el área son llevadas a cabo por especialistas de la medicina que se centran en evaluar únicamente la efectividad del procedimiento.²⁵⁻³⁰

Sin embargo, la colocación del BIB por sí solo no produce la pérdida de peso deseada. La reducción depende tanto de la participación activa del paciente, como del apoyo que el paciente recibe del grupo que los rodea, dado que el éxito de esta técnica radica en fomentar la adhesión del individuo a las prescripciones.¹²⁻¹³

En tal sentido, el objetivo de la investigación fue determinar la relación entre el apoyo social percibido y la adhesión terapéutica en pacientes que se les ha colocado el BIB.

Los participantes reportaron niveles moderados en adhesión terapéutica en los tres momentos de medida, lo cual pudo deberse a las características inherentes al procedimiento del

BIB, a la información que tienen de las consecuencias de no adherirse al tratamiento y a la participación de los equipos multidisciplinarios que los atendieron, influyendo así en la disposición de éste a adoptar las recomendaciones terapéuticas. Asimismo, mostraron valores moderados bajos de apoyo social percibido, tanto en los factores de apoyo familiar, de amigos y cercanos así como religioso; sugiriendo que la percepción de ese apoyo podría resultar medianamente importante para el sujeto.

Se caracterizaron por presentar valores constantes de adhesión terapéutica en sus tres dimensiones, así como de apoyo familiar y apoyo de amigos y/o cercanos. Lo que parece indicar que a lo largo del tratamiento, los sujetos mantuvieron la percepción de contar con personas significativas que compartieran sus actitudes y nuevos estilos de vida; facilitando así la experiencia del procedimiento del BIB.

La adhesión al tratamiento farmacológico estuvo asociada, al primer y tercer mes del tratamiento con la calidad de las relaciones interpersonales, pero únicamente con sus amigos y/o conocidos, señalando que son las relaciones de amistad las que motivan a la persona a llevar a cabo la toma de los medicamentos. El supuesto anterior concuerda con las investigaciones que plantean que son las relaciones de amistad las que motivan a una persona a mantener hábitos saludables.³³ La adhesión al tratamiento farmacológico deja de tener asociación con el apoyo percibido de amigos y/o cercanos al segundo mes del tratamiento; sin embargo, al tercer mes, vuelve a aparecer esta asociación. Ello sugiere que tanto el paciente como las personas que lo rodean pueden adaptarse a la rutina de la toma de medicación pero que con el pasar del tiempo pueden ocurrir cambios, por ejemplo en la dieta, que haga que el paciente despliegue una serie de conductas que le pueden ocasionar el surgimiento de algunos síntomas y por ende, sea necesario nuevamente el recordatorio de la toma de los fármacos por parte de sus allegados, para aliviarlo.

La adhesión a los estilos de alimentación estuvo asociada de manera inversa con la percepción de apoyo familiar desde antes de la colocación del BIB hasta el primer mes del tratamiento, lo cual puede llevar a que la familia sea considerada un agente estresante,³⁴ que lo que hace es exacerbar la experiencia de estrés de estar llevando a cabo una dieta.

La asociación inversa entre adhesión a los estilos de alimentación y la percepción de apoyo familiar, desaparece a partir del segundo mes de tratamiento, sugiriendo que tanto el paciente como la familia consiguen adaptarse al régimen dietético, pero también que el sujeto pudo haber dejado de prestarle atención a los comentarios o acciones de sus familiares con relación al régimen dietético, y con ello la familia haya dejado de ejercer alguna influencia en él.

La adhesión a la rutina de ejercicios físicos estuvo asociada de manera inversa con la percepción de apoyo familiar desde antes de la colocación del BIB hasta el segundo mes del tratamiento. Reforzando la idea de que la familia puede ser un agente estresante, como también la necesidad de crear un medio familiar en donde las relaciones interpersonales no giren en torno al tema del apego a alguna rutina de ejercicios físicos.

La asociación inversa entre adhesión a la rutina de ejercicios físicos y la percepción de apoyo familiar, desaparece a partir del tercer mes de tratamiento. Ello pudo deberse igualmente, por la adaptación de la familia y del paciente a la rutina de ejercicios físicos, así como también porque el paciente haya ignorado los comentarios de sus familiares con relación al ejercicio, y con ello haya generado la extinción de los mismos.³⁵

La adhesión a la rutina de ejercicios físicos estuvo asociada con el apoyo percibido de amigos y/o cercanos, desde antes de la colocación del BIB hasta el primer mes del tratamiento, reforzando la idea de que las relaciones de amistad son las que motivan a la persona a mantener un patrón de actividad física.

La adhesión a la rutina de ejercicios físicos deja de tener asociación con el apoyo percibido de amigos y/o cercanos al segundo mes del tratamiento, lo cual sugiere que tanto el paciente como las personas que lo rodean pueden adaptarse a la rutina de ejercicios, pero a su vez que el paciente pareciera no requerir la misma ayuda de las personas que lo rodean.

Como conclusión final, los resultados de la presente investigación aportan valiosa información para la planificación de tratamientos cognitivo-conductuales en el tratamiento del BIB, estableciendo que se hace necesario promover las redes de apoyo social, específicamente el apoyo percibido de amigos y/o cercanos, al ser indispensables para lograr y mantener la adhesión terapéutica en este tipo de pacientes.

En este sentido, la creación de grupos terapéuticos conformados por personas que pasaron o están pasando por lo mismo, podría facilitar que los pacientes se adhieran a su tratamiento y a su vez, supondría la creación de nuevos lazos afectivos que pueden transformar ese grupo en uno de pertenencia, lo que puede aumentar el apoyo social percibido, que contribuye a su vez a una mayor adherencia.

Las investigaciones que se realicen en un futuro, deberían incluir nuevas variables que contribuyan a explicar más completamente el fenómeno. Se espera que los nuevos conocimientos científicos lleven a profundizar los planteamientos aquí mostrados y potencien los efectos que este tipo de procedimiento pueda tener para abordar una de las epidemias más dañinas de nuestro tiempo.

Clasificación

Área: psicología, obesidad.

Tipo: clínico

Tema: balón intragástrico BioEnterics, aspectos psicosociales.

Patrocinio: Universidad Simón Bolívar.

Referencias bibliográficas

1. The State of Obesity: Better policies for a Healthier America. Trust of America's Health. [Internet]. USA. Robert Wood Johnson Foundation. [acceso Noviembre 2015]. Disponible en: <http://stateofobesity.org>
2. World Health Organization. World Health Statistics 2015. [Internet]. USA. Organización Mundial de la Salud. [acceso

- Agosto 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/en/>
3. División de Epidemiología del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Informe epidemiológico Obesidad. Caracas, Venezuela. 2014.
 4. Yumuk V, Frühbeck G, Oppert J.M, Woodward E, Toplak H, for the Executive Committee of the European Association for the Study of Obesity: An EASO position statement on multidisciplinary obesity management in adults. *Obes Facts*. 2014; 7:96-101.
 5. Marques I, Russolillo G, Lopes E et al. Dietas de adelgazamiento *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2008;14:163-171.
 6. Wild B, Herzog W, Wesche D, et al. Development of a group therapy to enhance treatment motivation and decision making in severely obese patients with a comorbid mental disorder. *Obesity Surgery*. 2011;21:588-594.
 7. Sierra-Murguía M, Vite-Sierra A. y Torres-Tamayo M. Intervención cognitivo conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Acta Colombiana de Psicología*. 2014;17:25-34.
 8. Mechanick J, Kushner R, Sugerman H, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2008;S109-S184.
 9. Muñoz O, Agudelo D, Bernal J et al. Cirugía bariátrica: Experiencias iniciales en Pereira. *Rev Med Risaralda*. 2008; 14:5-14.
 10. Papapietro K. Reganancia de peso después de la cirugía bariátrica. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2012;64:83-87.
 11. Brosens C. Barreras en la adherencia al tratamiento de la obesidad. *Evid. Actual. Práct. Ambul* 2009;12:116-117.
 12. González M, Lugli Z. Control personal de la conducta y adhesión terapéutica en balón intragástrico bioenterics. *GEN* 2012;66:250-259.
 13. Mazure R, Cancer E, Martínez, M et al. Adherencia y fidelidad en el paciente tratado con balón intragástrico. *Nutr Hosp*. 2014;29:50-56 .
 14. Lugli Z. Autoeficacia y locus de control como predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas que asisten a tratamiento. [tesis]. Caracas: Universidad Simón Bolívar. 2008.
 15. Román Y, Díaz B, Cárdenas M et al. Construcción y validación del inventario de autoeficacia percibida para el control de peso. *Clínica y Salud*. 2007;18:45-56.
 16. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-136.
 17. Contreras F, Espinosa J, Esguerra G. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*. 2008;18:165-179.
 18. Al-Khawaldeh O, Al-Hassan M, Froelicher E. Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2012;26:10-16.
 19. Di Matteo M. Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*. 2004; 23:207-218.
 20. Ponce J, López L, Velásquez A et al. Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de Enfermería*. 2009;18:224-228.
 21. Lugli Z. Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*. 2011;9:43-56.
 22. Boals A, Vandellen M, Banks J. The relationship between self-control and health: The mediating effect of avoidant coping. *Psychology & Health*. 2011;26:1049-1062.
 23. Hagger MS, Panetta G, Leung C et al. Chronic Inhibition, Self-Control and Eating Behavior: Test of a 'Resource Depletion' Model. *PLoS ONE* 2013;8.
 24. González M, Piña J. Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica*. 2011;10: 399-409.
 25. Escudero-Sanchis A, Catalan-Serra I, Gonzalvo-Sorribes J et al. Effectiveness, safety, and tolerability of intragastric balloon in association with low-calorie diet for the treatment of obese patients. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100:349-354.
 26. Dumonceau J, François E, Hittelet A. Single versus repeat treatment with the intragastric balloon. A 5-year weight loss study. *Obes Surg*. 2010;20:692-697.
 27. López-Nava G, Rubio M, Prados S et al. BioEnterics® Intra-gastric Balloon (BIB®). Single Ambulatory Center Spanish Experience with 714 consecutive Patients Treated with One or Two consecutive Balloons. *Obes Surg*. 2011;21:5-9.
 28. Al Kahtani K, Qaseem Khan M, Helmy A et al. BioEnteric Intra-gastric Balloon in obese patients: A retrospective analysis of King Faisal Specialist Hospital Experience. *Obes Surg*. 2010;20:1219-1226.
 29. Machyttka E, Klvana P, Kornbluth A. Adjustable intragastric balloons: a 12-month pilot trial in endoscopic weight loss management. *Obes Surg* 2011;21:1499-1507.
 30. Stimac D, Klobucar Majanovic S et al. Intra-gastric Balloon Treatment for Obesity: Results of a Large Single Center Prospective Study. *Obes Surg* 2010;14.
 31. Minardi C, Paoli M. Influencia del sexo, edad, nivel socio económico y apoyo social sobre los niveles de estrés post traumático en personas afectadas por las inundaciones del estado Vargas en diciembre 1999. [Tesis]. Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello. 2002.
 32. Nieto_Manuera J, Abad M, Albert M et al. Psicología para las ciencias de la salud. Madrid, España: McGraw-Hill. Interamericana. 2004.
 33. Carr A. *Positive Psychology*. London: Routledge; 2004.
 34. Matud P, Carballeira M, López M et al. Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*. 2008;25:32-37.
 35. Ribes E. Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retraso en el desarrollo, D.F, México: Trillas; 1972.