

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



Trabajo Final Integrador

“El abordaje grupal en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad”

Alumna: Mariana Itatí Caceres Lyra

Tutora: Claudia Garber Barg.

Fecha de entrega: 18 de Mayo de 2020.

## Índice

1	Introducción .....	3
2	Objetivos .....	4
2.1	Objetivo general .....	4
2.2	Objetivos específicos .....	4
3	Marco teórico .....	4
3.1	Obesidad.....	4
3.1.1	Definición y diagnóstico.....	4
3.1.2	La obesidad como pandemia. Riesgos para la salud .....	5
3.1.3	Multicausalidad de la obesidad .....	6
3.1.4	Tratamientos eficaces .....	8
3.1.5	Abordaje médico/nutricional y abordaje psicoterapéutico .....	9
3.2	Abordaje grupal.....	12
3.2.1	Intervenciones grupales para el tratamiento de la obesidad .....	12
3.2.2	Factores terapéuticos de los grupos .....	13
3.2.3	Terapia Cognitivo Conductual en formato grupal.....	15
3.2.4	El rol de coordinación .....	16
4	Metodología .....	20
4.1	Tipo de estudio y diseño .....	20
4.2	Participantes .....	20
4.3	Instrumentos .....	21
4.4	Procedimiento .....	21
5	Desarrollo.....	22
5.1	Características del funcionamiento de los grupos de descenso .....	22
5.2	Roles médico/nutricional y psicoterapéutico .....	26
5.3	Utilidad del abordaje grupal desde la perspectiva de los pacientes .....	31
6	Conclusiones .....	35
6.1	Síntesis .....	35
6.2	Limitaciones .....	37
6.3	Aporte personal y perspectiva crítica .....	37
6.4	Nuevas líneas de investigación .....	39
7	Referencias bibliográficas.....	40

## 1 Introducción

El siguiente Trabajo Final Integrador de la Licenciatura en Psicología cursada en la Universidad de Palermo, se llevó adelante en un Centro Terapéutico especializado en adelgazamiento para personas con sobrepeso u obesidad. Dicho centro se encuentra ubicado en el barrio de Belgrano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, manteniendo sus puertas abiertas los 365 días del año.

La práctica profesional se ha desarrollado en el transcurso de un cuatrimestre, asistiendo a la institución de manera periódica, hasta cumplimentar un plan de asistencias de 285 horas. En la institución se observaron diferentes encuentros de grupos donde los pacientes estaban tanto en estadios de descenso como de mantenimiento de peso. También se participó de diferentes talleres, en los cuales se informaba y educaba a los pacientes sobre alimentación, componentes de los alimentos, talla, entre otros. Dentro de los espacios de participación que ofreció la institución, se concurrió a talleres vivenciales de mindfulness.

La institución trabaja interdisciplinariamente, bajo un modelo médico riguroso, donde Licenciados en Nutrición brindan una dieta baja en calorías a los pacientes, estableciendo pautas alimentarias muy estrictas, manteniendo un control diario del peso. Los pacientes tienen una entrevista con un médico especialista en alimentación, que les administra complementos vitamínicos, de aminoácidos y otros componentes a fin de balancear la alimentación, para una óptima disminución del peso. En lo que respecta al enfoque psicológico con el que se trabaja, es una institución de corte cognitivo-conductual, de hecho la práctica se encuentra coordinada por una psicóloga especializada en dicho marco teórico. En el transcurso del proceso de tratamiento también se brindan entrevistas psicológicas individuales, en función de las demandas particulares; así como un programa de entrenamiento funcional, en el espacio físico de Centro Terapéutico, coordinado por profesores de educación física.

El presente trabajo analizará las características del abordaje de los grupos para descenso de peso, describiendo cómo funcionan los grupos, los roles de los médicos y psicólogos en dichos grupos, como así también, la percepción que los pacientes de los grupos de descenso tienen sobre el abordaje grupal.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo general

- Analizar las características del abordaje grupal para el descenso de peso en una institución especializada en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

### 2.2 Objetivos específicos

- Describir las características de funcionamiento de los grupos de descenso.
- Describir el rol de los coordinadores médicos, por un lado, y el rol de los psicólogos, en los grupos de descenso, por el otro.
- Analizar la utilidad del abordaje grupal para los pacientes en grupos de descenso.

## 3 Marco teórico

### 3.1 Obesidad

#### 3.1.1 Definición y diagnóstico

La obesidad y el sobrepeso son definidos como una acumulación excesiva de grasa corporal que puede perjudicar la salud de las personas. En principio, el origen de esta acumulación de grasa se encuentra en un desequilibrio entre la energía incorporada a través de los alimentos y la que se consume en todo tipo de actividades. Dicho exceso de energía se acumula como reserva en forma de triglicéridos en las células llamadas *adipocitos*. De esta manera, estas células aumentan su tamaño, al mismo tiempo que se incentiva la aparición de otras células nuevas de este tipo. En el largo plazo, el crecimiento del tejido adiposo desborda la capacidad de regulación del organismo y aparecen trastornos metabólicos que pueden generar otras enfermedades (Sánchez Muniz, 2016).

El sobrepeso se puede estimar con el índice de masa corporal (IMC) que es la manera simple de indicar la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente. Lo que se hace es calcular el peso de una persona en kilos dividido por el cuadrado de su talla en metros. Las personas con un IMC igual o superior a 25 se considera que tienen sobrepeso y quienes tienen un IMC igual o superior a 30 son considerados obesos. Asimismo, se deben tener en cuenta las diferencias de sexo, edad y contextura física de cada persona (Organización Mundial de la Salud -OMS-, 2018).

Otros indicadores antropométricos son utilizados como complemento necesario del

IMC para realizar un diagnóstico más preciso de la obesidad. Los más importantes son el peso por talla, el índice cintura-cadera y la circunferencia de cintura. Estos métodos son útiles también para determinar el tipo de obesidad, un dato de importancia ya que algunos de ellos implican un riesgo para la salud más alto que otros. La obesidad androide, por ejemplo, llamada así porque es la más común entre los hombres, corresponde a una acumulación de grasa en la zona del abdomen que implica un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y de los órganos internos que se encuentran en dicha zona. Otra forma de evaluar la presencia y grado de obesidad es la estimación del porcentaje de grasa corporal. Las técnicas consideradas más exactas para realizar evaluaciones del porcentaje de grasa corporal acumulada son la resonancia magnética nuclear, la tomografía axial computada, la densitometría y la impedancia eléctrica (Rosales Ricardo, 2012).

En la actualidad se recurre a la impedanciometría multifrecuencia para evaluar el grado de obesidad de acuerdo con el porcentaje de grasa corporal. Los valores normales se encuentran entre el 12 y el 20% en los hombres y entre el 20 y el 30% en las mujeres. Valores entre el 21 y 25% en hombres y entre 31 y 33% en mujeres se consideran limítrofes, mientras que los que superan dichos valores se considera que padecen obesidad (Barbany & Foz, 2002).

### 3.1.2 La obesidad como pandemia. Riesgos para la salud

Desde 1975 la obesidad casi se ha triplicado a nivel mundial, tanto en población adulta, como en niños y adolescentes. Uno de los problemas más importantes del sobrepeso y la obesidad es que son factores de riesgo para el desencadenamiento de numerosas enfermedades crónicas, entre ellas: las enfermedades cardiovasculares, trastornos locomotores, diabetes y algunos cánceres. En un principio se consideró que era un problema que aquejaba a las personas de los países con un poder adquisitivo alto, sin embargo, el sobrepeso ha aumentado también en los países con ingresos medios y bajos, más específicamente en las zonas urbanas. El desequilibrio entre las calorías que se consumen y las que se gastan, es la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad. En el mundo ha aumentado la ingesta de alimentos ricos en grasas, con un alto contenido calórico; mientras que ha descendido la actividad física, volviéndose la población más sedentaria, ya sea por el desarrollo de sus actividades laborales, la creciente urbanización y las nuevas distancias para transportarse. La obesidad es una de las enfermedades no transmisibles que puede prevenirse, promoviendo dietas sanas y hábitos de actividad física en la población (OMS, 2018).

La gravedad de la obesidad como enfermedad se comprende porque es un factor de riesgo para otras enfermedades que pueden afectar gravemente la salud de la población, algunas de ellas con consecuencias mortales. Entre las que muestran un mayor grado de riesgo en comparación con la población sin sobrepeso se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus o tipo II, diversas enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer como los gastrointestinales, de próstata y de mama (OMS, 2018).

El incremento de los riesgos es alarmante en el caso de algunas de estas enfermedades. La probabilidad de enfermar de diabetes mellitus, por ejemplo, es 93 veces mayor para personas obesas. El de muerte súbita, por su parte, es tres veces mayor en esta población que entre los que no padecen obesidad, mientras que es el doble para el desarrollo de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), enfermedad cerebrovascular (ECV) y cardiopatía isquémica (CI). El aumento del riesgo en el caso de la diabetes mellitus puede explicarse por factores genéticos y ambientales que determinan la resistencia a la insulina, que podrían ser comunes a enfermedades como ésta, el síndrome metabólico y la hipertensión arterial (García Milian & Creus García, 2016).

En relación con los aspectos psicológicos de la obesidad, se observa un mayor riesgo de sufrir trastornos psicopatológicos como aquellos incluidos entre los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria, como bulimia y trastorno por atracón (Baile & González, 2011). Quienes sufren en mayor medida estas consecuencias son aquellos pacientes con obesidad mórbida (IMC > 40), que presentan altos porcentajes de comorbilidad con trastornos como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y baja autoestima (Ortega, Fernandez-Canet, Alvarez-Valdeita, Cassinello & Baguena-Puigcerver, 2012). Con respecto a esto último, Pasco, Williams, Jacka, Brennan y Berk (2013) hallaron una asociación positiva entre la obesidad y el aumento de afectos negativos, como angustia, disgusto, ira, miedo y vergüenza. Dicha asociación está mediada por la presencia de enfermedades médicas, es decir que aquellas personas obesas que desarrollan enfermedades como diabetes e hipertensión, tienden a presentar los niveles más altos de estas emociones.

### 3.1.3 Multicausalidad de la obesidad

La obesidad no responde a una única causa, sino que se trata de una enfermedad multifactorial, con factores de tipo genético, metabólico, hormonal, social y cultural, que interactúan para producir el desbalance entre ingreso de calorías y gasto energético que

desencadena la acumulación de células adiposas (adipocitos) y el aumento de peso corporal (Sánchez-Muniz, 2016).

En un primer nivel, se conoce que la obesidad tiene una base genética, que en algunos casos es la causa principal de la enfermedad -llamada entonces monogénica- y en la mayoría interactúa con el resto de los factores. La obesidad común puede considerarse en este sentido como un ejemplo de fenotipo complejo, en donde el mismo surge como resultado de la interacción entre múltiples genes, factores conductuales y ambientales (Canizales Quintero, 2008).

Entre las hipótesis con sustento empírico de la influencia del factor genético se encuentra la del *gen ahorrador*, de Neel (1962, como se cita en Canizales Quintero, 2008). De acuerdo con esta hipótesis, lo que fuera una ventaja seleccionada en épocas en que los grupos humanos tenían que soportar hambrunas frecuentemente, como es la capacidad para acumular reservas de energía cuando se incorporan más que las necesarias, se convertiría en un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad en ambientes en donde los alimentos son abundantes y están disponibles con mayor facilidad. Más allá de esta hipótesis general, en la actualidad se han identificado más de 20 genes asociados con esta enfermedad, incluyendo aquellos que codifican para la ruta de la leptina melanocortina, con citocinas proinflamatorias y proteínas desacoplantes. Por otra parte, la complejidad del factor genético en el origen de la obesidad es aún mayor si se considera la influencia epigenética, es decir aquellos rasgos que surgen sin alteraciones en la cadena de ADN (Canizales Quintero, 2008).

Dentro de los factores metabólicos, es importante el papel que cumple la leptina en el control del apetito y el balance del peso corporal. Por una parte, este péptido produce una disminución del apetito, actuando conjuntamente con el neuropéptido y, otros péptidos y hormonas. Además, se sabe que un aumento de la leptina conlleva un incremento del consumo de oxígeno en las células, de la termogénesis y de la tasa metabólica, todo lo cual evitaría un aumento exagerado del porcentaje de grasa corporal. Fallas en la función de la leptina serían importantes para el desarrollo de obesidad (Simón & Del Barrio, 2002).

En relación con los factores socioculturales, se habla de la existencia de un ambiente obesogénico, que responde a ciertas pautas culturales propias de las sociedades actuales que tienen un impacto sobre el resto de los factores que intervienen. El gran crecimiento del consumo de alimentos ultraprocesados, con altos niveles de azúcar agregado, sal y grasas, es uno de los puntos que se denuncian. El crecimiento de dicho consumo ha desplazado el de

productos naturales, como frutas y verduras, y ha sido asociado con el de la obesidad a nivel poblacional (Organización Panamericana de la Salud, 2015, 2016). Otro aspecto importante en la construcción de este ambiente obesogénico es la poca actividad física de la población, especialmente la urbana. En estos lugares, la mayoría de la población tiene trabajos sedentarios y realizan pocas actividades físicas al aire libre, además de realizar actividades recreativas también sedentarias como ver televisión o usar la computadora (Malo-Serrano, Castillo & Pajita, 2017).

Entre los factores psicológicos, las emociones cumplen un rol importante en la génesis de la obesidad, a través de su influencia en las conductas alimentarias. Macht (2008) propuso cinco modos en los que las emociones pueden influir en la forma de alimentarse. En primer lugar, a través de los alimentos que se eligen de acuerdo con el estado emocional, también por un déficit en la capacidad para controlar la ingesta producido por las emociones. En tercer lugar puede surgir la supresión de la ingesta como respuesta a ciertas emociones. También la ingesta excesiva puede ser una forma de afrontamiento. Por último, la modulación de la ingesta en sintonía con los cambios emocionales. En los distintos modos actúan tres principios funcionales, la *interferencia* que las emociones producen en los procesos regulatorios, como el mecanismo encargado del control de la ingesta; la *concomitancia* entre cambios emocionales y cambios en la ingesta, como efectos de los mismos procesos; y los *procesos regulatorios* de uno a otro, es decir las emociones afectando la ingesta y ésta modificando el estado de ánimo.

La multiplicidad de factores aquí mencionados hace de la obesidad una enfermedad compleja, que requiere un abordaje multidisciplinar, que contemple todo aquello que ha actuado en su génesis y está actuando aún en el mantenimiento de la enfermedad. Para esto es necesario contar con equipos formados por médicos, nutricionistas, psicólogos y especialistas en educación física (Rodrigo-Cano, Soriano del Castillo & Merino-Torres, 2017).

#### 3.1.4 Tratamientos eficaces

Rajmil y colaboradores (2017) realizaron una revisión sistemática de estudios sobre tratamientos de la obesidad publicados entre 2009 y 2014, encontrando que aquellas intervenciones que incluyeron componentes múltiples, como indicaciones de alimentación, actividad física, e intervenciones para el cambio de conducta, fueron más efectivas que las intervenciones aisladas, particularmente cuando sólo se recomienda una dieta. Además, y en función de los resultados de los estudios analizados, recomiendan la participación de las

familias en los tratamientos y la inclusión de intervenciones específicas para lograr una buena adherencia, que aparece como uno de los grandes problemas para el éxito de las intervenciones.

El tratamiento para la obesidad se puede representar de manera completa como un trípode que consta de: la consulta médica, la consulta nutricional y psicoterapia grupal o individual; todo ello acompañado con actividad física, supervisiones psicopatológicas y reuniones interdisciplinarias (Pierri, 2011).

El tratamiento farmacológico puede utilizarse como apoyo de la combinación de dieta y ejercicio físico, pero no debe utilizarse como único tratamiento. En cualquier caso, requiere de la intervención de un profesional de la medicina con formación específica, quien, además de indicar la necesidad de la medicación deberá controlar la evolución del paciente. Los fármacos más utilizados en la actualidad para el tratamiento de la obesidad corresponden a distintas categorías según su mecanismo de acción. Se utilizan anorexígenos, para ayudar al paciente reduciendo su apetito, fármacos incrementadores del gasto metabólico, para ayudar a consumir las reservas en exceso; algunos fármacos que interfieren en los procesos de asimilación de nutrientes y, en algunos casos, productos dietéticos, como los derivados del té verde, que aunque aportan al tratamiento por sus propiedades termogénicas, no son considerados estrictamente como fármacos (Rivera, Bocanegra, Acosta, De la Garza & Flores, 2007).

En aquellos pacientes con obesidad mórbida ( $IMC > 40$ ) y que no han obtenido éxito con tratamientos nutricionales, la cirugía bariátrica es el tratamiento que ofrece mejoras a largo plazo, especialmente en las múltiples comorbilidades que esta forma grave de la obesidad presenta. Ofrece una buena relación costo-beneficio, logrando disminuciones de entre 25 y 40 kg en pacientes con obesidad mórbida en un plazo de dos años, manteniendo en la mayoría de los casos diferencias de 20 kg después de ocho años de realizada la cirugía (Rubio et al., 2004).

### 3.1.5 Abordaje médico/nutricional y abordaje psicoterapéutico

Entendiendo a la obesidad, en términos estrictos, como la acumulación excesiva de grasa corporal, su tratamiento puede realizarse con foco en dos objetivos centrales: la reducción de la incorporación de calorías y el aumento del gasto energético. Estos dos objetivos pueden ser vistos como complementarios y en función del objetivo más general: eliminar el exceso de grasa corporal acumulada y lograr un balance energético negativo

(Rivera et al., 2007). Cada uno de los objetivos mencionados se logra por un medio apropiado, el primero a través de la implementación de algún tipo de dieta (generalmente hipocalóricas, en base a una restricción de 500-1000 calorías diarias) y el segundo mediante el ejercicio físico, comenzando con un aumento de la actividad en las tareas diarias para luego incorporar sesiones de ejercicio moderado aumentando la cantidad de horas hasta llegar a 150 minutos semanales (Rodrigo-Cano et al., 2017).

En la mayoría de los tratamientos se propone una disminución inicial de un 10% del peso corporal en un plazo no mayor de 6 meses, considerando dicha disminución suficiente para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y otras asociadas con la obesidad. Es importante señalar que se considera más deseable una reducción moderada de peso que se sostenga en el tiempo, que una acelerada que aumente la probabilidad de recaídas, con la aparición del llamado *efecto rebote* (Vilallonga, Repetti & Delfante, 2008).

La combinación de dieta y ejercicio físico es más efectiva que la implementación de cualquiera de ellos por separado. Aún más, la incorporación del hábito de realizar ejercicio físico resulta el elemento del tratamiento que más favorece el mantenimiento de la reducción de peso en el tiempo (Rivera et al., 2007).

En la revisión sistemática de estudios realizada por Rajmil y colaboradores (2017), se puede observar que, en la mayoría de los trabajos donde se incluye información sobre criterios para evaluar los resultados, predominan las medidas antropométricas y exámenes de laboratorio para determinar el perfil lipídico. Solo en unos pocos estudios se registran encuestas sobre consumo de frutas y verduras, cambios en los hábitos dietéticos y en el estilo de vida, como el tiempo frente a pantallas y las horas de ejercicio físico.

Para lograr un cambio de hábitos en relación con la actividad física y las conductas alimentarias es necesario un abordaje más específicamente orientado a la modificación de la conducta, con estrategias de intervención que promuevan hábitos más saludables a través de técnicas cognitivo-conductuales. Entre ellas se encuentran el control del estímulo, identificación de causas de un estilo de vida poco saludable, refuerzo tanto positivo como negativo frente a los cambios producidos, reestructuración cognitiva para modificar las creencias, automonitoreo de medidas corporales, seguimiento de pautas dietéticas y realización de actividad física (Rodrigo-Cano, 2017).

Desde una perspectiva psicoterapéutica es importante que en el tratamiento de la obesidad se trabaje con aspectos como la imagen corporal, la autoestima y las actitudes hacia

la alimentación y la actividad física, todas cuestiones que se sabe están relacionadas con el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios, incluyendo el sobrepeso y la obesidad (Ruiz, de Gracia Blanco, Quiroz & Arce, 2014).

Salvador y Frübeck (2011) sostienen que tanto los datos epidemiológicos como los estudios fisiopatológicos existentes muestran una relación entre obesidad y psicopatología que, en algunos casos, puede considerarse como bilateral. Esta relación debe ser utilizada para optimizar los tratamientos de ambas condiciones, complementando las intervenciones más directamente focalizadas en la disminución del peso y de la grasa corporal con las psicoterapéuticas. Esto supone que los abordajes médico/nutricional y psicoterapéutico son necesariamente complementarios y deben partir de un consenso entre médicos, endocrinólogos, nutricionistas y profesionales psi, que conduzca a un trabajo multidisciplinar.

La relación bidireccional entre depresión y obesidad es uno de los problemas que requiere de un abordaje psicoterapéutico. Se han hallado evidencias del aumento del riesgo de sufrir depresión en mujeres obesas, comparadas con las que tienen un peso normal y, en sentido contrario, mujeres con depresión presentaron un mayor riesgo de desarrollar obesidad en el futuro (Pan et al., 2011). Lo que es más importante, también se ha encontrado que, cuando ambos problemas están presentes, la mejoría en los síntomas depresivos se asocia a una evolución favorable del tratamiento específico de la obesidad, si se obtiene durante los primeros seis meses de tratamiento. Precisamente, lo que se observó fue un aumento en el nivel de actividad física de las personas cuyos síntomas disminuyeron en ese primer tramo de tratamiento (Simon et al., 2010).

Con el objeto de mantener el peso perdido durante el tratamiento, es indispensable trabajar en la prevención de recaídas de manera continua. El psicoterapeuta, en el tratamiento de la obesidad, debe llevar a cabo intervenciones que desarrollen en el paciente habilidades para el manejo del estrés, con el objetivo de que vaya incorporando herramientas que le permitan resolver conflictos que en otras oportunidades hubieran concluido en un episodio de ingesta excesiva (Velásquez & Alvarenga, 2001).

Las intervenciones terapéuticas mencionadas en este apartado se pueden aplicar en formato grupal. Zukerfeld (2011) afirma que en Argentina los grupos son un recurso extendido para el tratamiento de la obesidad desde hace más de tres décadas. En el apartado siguiente se describen algunas intervenciones grupales y los factores curativos que los grupos agregan al tratamiento.

## 3.2 Abordaje grupal

### 3.2.1 Intervenciones grupales para el tratamiento de la obesidad

Desde diferentes corrientes psicoterapéuticas se pueden llevar a cabo intervenciones tanto grupales como individuales, pero cuando se trabaja con grupos se pueden obtener mejores resultados porque los sujetos tienen la posibilidad de comunicar sus vivencias en un contexto de contención y colaboración. En el grupo, expuestos frente a otros en su misma situación, a las personas obesas se les dificultará la posibilidad de que hagan o se hagan trampa, dado que los otros se podrían dar cuenta con mayor facilidad (Lafuente, 2012).

En el grupo, los individuos sienten la tranquilidad de no ser los únicos que lidian con el problema, es allí donde encuentran iguales, donde no se ven diferentes y de ésta manera es más fácil que reconozcan y acepten su enfermedad. A través de los vínculos que van estableciendo en los grupos, los sujetos adquieren diferentes habilidades de afrontamiento a las emociones que experimentan para ir logrando cambios permanentes (Lechuga Navarro & Gámiz Jiménez, 2005).

Las terapias grupales son de gran ayuda para los pacientes, allí comparten diferentes experiencias y se sienten apoyados. Algunos elementos del tratamiento, como la psicoeducación, se refuerzan en los grupos, porque sus integrantes comparten experiencias, exponen logros y fracasos, controlan su peso, hablan de su imagen corporal, la actividad física y la alimentación, y también pueden trabajar en conjunto los factores emocionales en relación a la alimentación, como también los cambios de hábito y estilo de vida (Vilallonga et al., 2008).

Zukerfeld (2011) propone un modelo para explicar el funcionamiento de los grupos terapéuticos, que son aquellos que se forman con el objetivo de obtener cambios psíquicos y comportamentales en sus miembros. De acuerdo con este modelo los grupos pueden iniciar su trabajo desde tres puntos de partida que corresponden a diferentes funciones: la *autoayuda*, *lo educacional* y lo propiamente *terapéutico*. Estos corresponden a tipos puros que no existen como tales en la práctica, sino que allí se produce un constante movimiento hacia sectores formales que representan distintas combinaciones de dos de estas funciones y de las tres. En el caso de los grupos para el tratamiento de la obesidad la principal característica definitoria es que son homogéneos, lo que quiere decir que entre sus miembros existe una semejanza máxima en las características de su enfermedad. Las técnicas de autoayuda, e incluso los grupos específicamente de autoayuda, son populares en el tratamiento de la obesidad.

Zukerfeld (2011) propone analizar los grupos en función de la dinámica que se produce debido a estos movimientos entre las distintas posiciones que surgen de los tres puntos iniciales. Estos últimos se corresponden con los objetivos predominantes de un grupo terapéutico, por la estrategia principal del tratamiento o el perfil de los coordinadores, y responden a la identificación o semejanza entre los miembros, a una propuesta educativa centrada en la información o bien a un foco en las intervenciones terapéuticas que buscan producir un cambio. En sus formas puras, los grupos que se inician como grupos de autoayuda le dan el mayor valor a los testimonios de las experiencias de sus miembros; los que se plantean objetivos educativos ponen su atención en el aprendizaje, mientras que los terapéuticos tratan de producir efectos en el grupo, a partir del conocimiento profesional. A partir de estos puntos iniciales se generan cuatro zonas de trabajo, en las que se combinan los aspectos de autoayuda, educacionales y terapéuticos de a dos o actuando los tres al mismo tiempo.

De acuerdo a su tamaño, los grupos pequeños se encuentran compuestos de un número limitado de integrantes, que va de dos a treinta participantes. Un número ideal es de ocho miembros, ya que facilita la interacción, el contacto cara a cara, la comunicación, la diferenciación de los roles, el establecimiento de normas, la homogeneidad de intereses y objetivos, todo esto para una mayor satisfacción y cohesión de sus miembros (Gil Rodríguez & Alcover de la Hera, 1999).

### 3.2.2 Factores terapéuticos de los grupos

Yalom (2000) enumera una serie de factores que explican lo que cura en los grupos y que responden a un complejo intercambio de experiencias humanas en el marco de las interacciones que genera el formato grupal de intervención. La fuente de estos factores es la experiencia personal del autor, la información aportada por otros profesionales y por pacientes que participaron de grupos terapéuticos, así como la investigación sistemática. A continuación se realiza una presentación sintética de cada uno de los factores terapéuticos de Yalom.

**Infundir esperanza:** es considerado un factor fundamental en cualquier tipo de psicoterapia, incluso en la individual. La expectativa de éxito del paciente se relaciona directamente con el éxito real de la terapia.

**Universalidad:** se basa en la posibilidad de compartir la propia experiencia y comprenderla como parte de lo que puede sucederle a cualquier otra persona. Muchos

pacientes llegan al tratamiento pensando que ellos son un caso único, y comprobar que esto no es así representa un gran alivio. En el contexto de un grupo terapéutico, las similitudes se hacen evidentes pronto y lo que era sentido como un secreto vergonzoso se convierte en algo compartido en el marco del tratamiento.

**Información participada:** Yalom incluye dentro de este factor tanto la instrucción didácticamente propuesta por el terapeuta, como las sugerencias y testimonios que provienen de los miembros del grupo. Entran aquí tanto la psicoeducación que el profesional propone de manera directa, como los consejos y advertencias que pueden aportar aquellos participantes que han pasado ya por ciertas experiencias. Todos los dispositivos grupales con pacientes obesos cuentan con algún nivel de información, sea sobre aspectos psicológicos de la enfermedad o sobre el tratamiento (Zuckerfeld, 2011). Sin importar de donde provenga la información, la reducción de la incertidumbre que pueden traer los pacientes es importante, ya que la explicación de un fenómeno puede considerarse el primer paso hacia su control.

**Altruismo:** dentro del grupo, los pacientes se benefician al ser útiles a otros, no sólo por la reciprocidad que efectivamente puede producirse entre los miembros, sino porque el acto mismo de dar ayuda a otros es una forma de superar la desvalorización que muchos de ellos pueden cargar y de aumentar la autoestima.

**Recapitulación correctiva del grupo familiar primario:** considerando que un grupo terapéutico, con sus coordinadores y compañeros, presenta una estructura similar a la de una familia, la dinámica grupal permite que se generen interacciones que recuerdan de alguna manera a aquellas que se dieron en la propia familia. Eso ofrece la oportunidad para cambiar la forma de esas relaciones, poniéndolas en cuestión y probando nuevas formas de conducta.

**Socialización:** El aprendizaje social es un factor que actúa en cualquier forma de grupo terapéutico. En algunos es más directo, mientras que en otros depende de las habilidades sociales de sus miembros. En cualquier caso, un grupo es un lugar en el que se puede poner a prueba y lograr un intercambio personal adecuado.

**Conducta imitativa:** En la terapia de grupo es muy frecuente que un paciente se beneficie de observar lo que sucede con un compañero que tiene problemas similares. Este factor es más importante en las primeras etapas del tratamiento y se relaciona con otros factores como la cohesión.

**Catarsis:** Ha sido un aspecto importante del proceso terapéutico desde los mismos inicios de la psicoterapia. En el grupo, los pacientes tienen la posibilidad de expresar sus

emociones y preocupaciones con respecto a los problemas que tienen que enfrentar. De acuerdo con Yalom (2000) la catarsis es más útil al proceso terapéutico una vez que se han establecido los vínculos grupales de apoyo, por lo que también está relacionada con la cohesión grupal.

**Cohesión:** la cohesión grupal y la unidad que se genera en el intercambio interpersonal es un factor de mayor fuerza y también mayor complejidad que el resto de los aquí considerados. Se puede definir como la resultante de todas las fuerzas que actúan entre los miembros del grupo. Son importantes aquí el sentido de la solidaridad entre los miembros y una identidad construida en torno de un *nosotros*, por lo que los miembros de un grupo terapéutico llegan a significar mucho los unos para los otros.

**Factor existencial:** Este es un factor especialmente importante en aquellos pacientes que tienen que enfrentar enfermedades que amenazan su vida o que tienen un elevado nivel de sufrimiento ocasionado por los problemas que tienen que enfrentar. En estos casos, Yalom (2000) señala que una persona en estas circunstancias considera significativamente los factores existenciales en su proceso de cambio.

**Aprendizaje interpersonal:** Es un factor muy importante ya que la vida de los seres humanos se orienta hacia la relación con otros. Yalom (2000) destaca que a partir de cierto momento del tratamiento, los pacientes muestran un cambio en sus objetivos, de metas puramente individuales a otras de naturaleza interpersonal.

**Microcosmos social:** un grupo terapéutico es una reproducción de la sociedad en miniatura. Al plantear esto dentro de un grupo, los pacientes comenzarán a mostrar conductas que recrean el universo social en el que han vivido siempre, es decir que comenzarán a mostrar su conducta social inadaptada. Sin que sea necesario que desplieguen su historia personal ante el resto del grupo, comenzarán en algún momento a desplegarla ante sus ojos.

Todos los factores mencionados hasta aquí son propuestos por Yalom (2000) como emergentes del proceso de grupo, y se dan siempre que se trabaja en formato grupal, independientemente del modelo teórico en que se base el tratamiento. En el caso de la terapia cognitiva conductual (TCC), existen adaptaciones de sus tratamientos para ser aplicados en formato grupal.

### 3.2.3 Terapia Cognitivo Conductual en formato grupal

La TCC establece entre sus supuestos teóricos que la manera de comportarse y los resultados de dicho comportamiento se definen en función del modo en que las personas

estructuran el mundo. Esta manera particular de estructurar el mundo es un recurso que organiza y guía, de forma dinámica y rápida las ideas a fin de abordar diferentes estados psicopatológicos. Las técnicas de la TCC se direccionan para reconocer y transformar creencias disfuncionales y esquemas e ideas distorsionadas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1996).

El modelo cognitivo hace referencia a que las alteraciones psicológicas tienen influencia en el estado de ánimo, así como también en las conductas manifiestas, ambos con una base en la distorsión de los pensamientos. Por consiguiente, se puede mejorar el estado de ánimo y la manera de actuar de los pacientes realizando una formulación cognitiva diferente de la situación y en tiempo presente, mediante la modificación de los pensamientos (Beck, 2000).

En términos de tratamiento de la obesidad, una vez alcanzado el peso establecido, los pacientes necesitan la implementación de un programa de seguimiento y mantenimiento, que permita aseverar y sostener el descenso de peso logrado. Dado que resulta muy difícil para los pacientes por si solos controlarse y mantenerse a lo largo del tiempo en el peso logrado, se requiere de una TCC como técnica adecuada para el tratamiento de la obesidad, visto que se contempla la singular motivación de los pacientes (Lafuente, 2012).

La TCC grupal en la obesidad no solo es efectiva para reducir el peso corporal, también resulta muy eficaz a la hora de modificar algunos hábitos de vida, transformando emociones y pensamientos disfuncionales y aumentando la motivación de los pacientes. La motivación resulta esencial para el mantenimiento de la voluntad de cambiar aquellas áreas de la vida donde los sujetos muestran gran vacilación y ambivalencia (Fernández-Moreno, Jiménez-García & Monserrat, 2007).

#### 3.2.4 El rol de coordinación

Quien está a cargo de un grupo terapéutico como parte de un tratamiento para el descenso de peso, debe poder identificar desde el principio en qué estado se encuentran los pacientes, reconocer como se manifiestan sus niveles de ansiedad y cuáles son los temores que les genera el inicio del tratamiento. Incluso en ese momento, los pacientes pueden relatar sus dudas y preocupaciones con el tratamiento, situación a tener en cuenta, ya que puede implicar una ruptura con el compromiso de dieta establecido (Ventriglia, Chimirri, Fernández & Lareu, 2012).

Basándose en el modelo de análisis de los grupos terapéuticos propuesto por Zukerfeld

(2011), el rol de los coordinadores de grupo se puede plantear en función de los tres puntos iniciales. En un grupo de autoayuda, donde lo más importante es la identificación con la experiencia del otro, el promotor del cambio es un igual, un hermano. En los grupos educativos, en cambio, el rol del coordinador es el de docente, aquel que busca generar en los miembros del grupo los aprendizajes necesarios para el cambio, recurriendo a intervenciones didácticas. Por último, en los grupos psicoterapéuticos es donde el rol del coordinador es más propiamente el de terapeuta, alguien que recurre a sus conocimientos y experiencia profesionales para producir un cambio a partir de intervenciones específicas. En la realidad, el rol de los coordinadores de grupo se desplaza entre estas alternativas e incluso combina más de uno de los roles puros, lo que resulta en definitiva más efectivo, ya que así como son múltiples los factores que intervienen en la génesis de la obesidad, también debe serlo el abordaje terapéutico. Es importante que haya un equilibrio entre los tres roles, dependiendo de las características del grupo y de los objetivos planteados. Zukerfeld advierte que cuando predomina uno de los aspectos por encima de los otros se obtienen tanto ganancias como pérdidas. El coordinador tiene una importante responsabilidad para lograr que ese equilibrio se produzca.

Independientemente de cuales sean los objetivos iniciales de un grupo, el rol del coordinador es fundamental para su evolución, ya que su actitud y su estilo de intervención modelan el clima grupal (Zimmerman & Osorio, 1997).

Si bien cada coordinador tiene su propio estilo personal, que incluye ciertos atributos, fortalezas y también carencias, se pueden plantear algunas condiciones comunes que es esperable encontrar en un buen coordinador. Zimmerman y Osorio (1997) exponen los siguientes atributos:

- **Pasión:** a alguien que ocupa el rol de coordinador de grupo debe gustarle la tarea que tiene que cumplir, porque es muy exigente y lo expone permanentemente.
- **Sinceridad:** Si el coordinador no está verdaderamente conectado con el grupo, éste lo percibe. También si está enojado, cansado o no está siendo sincero. Esto último es importante, porque la confianza mutua es un medio para desarrollar la creatividad, libertad y confianza de los miembros.
- **Coherencia:** No siempre la sinceridad es suficiente para lograr la coherencia. El coordinador puede expresar en todo momento lo que piensa, y aun así no ser coherente con las posiciones asumidas en un momento anterior. Cuando esto sucede

se corre el riesgo de generar confusión entre los miembros del grupo, debilitando los lazos básicos de confianza.

- Respeto: cuando se habla del rol de un coordinador de grupo, este término tiene un significado mucho más amplio y profundo que el usualmente empleado. En este contexto, se refiere a la capacidad de un coordinador para mirar a las personas con las que está en íntima interacción, manteniendo una distancia óptima con respecto a los pacientes, tolerar las fallas y limitaciones de algunas personas del grupo, comprender y ser paciente ante inhibiciones y ritmos particulares.
- Paciencia: para el coordinador del grupo, la paciencia no significa pasividad, por el contrario, debe ser una actitud activa de espera orientada a que una persona determinada del grupo pueda superar sus ansiedades y temores.
- Contener: es un complemento necesario de la paciencia, la espera se completa con una actitud de acogimiento hacia las necesidades y angustias de los miembros del grupo.
- Capacidad negativa: así como contiene a los miembros del grupo, debe ser capaz de contener sus propias emociones fuertes, de manera que no lo invadan.
- Función de pensar: en los grupos de autoayuda se valora la posibilidad de descargar las angustias contenidas, de hacer catarsis, que es también un factor terapéutico de los grupos según Yalom (2000). Pero en cuanto al rol del coordinador, le corresponde cumplir la función de facilitar la reflexión acerca de las ideas, sentimientos y tomas de posición que se expresan en el grupo, para que el trabajo vaya más allá de la simple descarga y actúen otros factores, tanto los propios del grupo como los previstos en la estrategia de intervención.
- Otras condiciones básicas para un buen coordinador son la empatía, la capacidad de comunicación, de síntesis e integración de lo que surge del intercambio en los grupos y la cualidad de aparecer como un modelo a seguir (Zimmerman & Osorio, 1997).

En relación con los factores terapéuticos que enumera Yalom (2000) también se puede pensar en un movimiento dinámico del rol del coordinador de grupo. Para infundir esperanza, por ejemplo, el coordinador debe fortalecer las expectativas positivas y eliminar los preconceptos negativos sobre la enfermedad y el tratamiento, incrementando la confianza de los miembros del grupo en el trabajo conjunto. El coordinador puede destacar en el marco de los intercambios grupales aquellos testimonios que pueden mostrar que muchos de los problemas que los pacientes traen al grupo son compartidos por muchos de ellos, lo que

contribuye a que se haga evidente la experiencia de universalidad, para sacar provecho de ella. Esto mismo es una oportunidad para que el coordinador destaque el aporte de un miembro a otro, o a todo el grupo en general, estimulando el factor de altruismo que ayuda a fortalecer la autoestima en aquel que aporta algo al grupo y el compromiso de quien recibe ayuda.

De acuerdo con el modelo de Zukerfeld (2011) todos los factores mencionados hasta aquí son propios de los grupos de autoayuda, que ponen el foco en la semejanza entre los participantes.

En relación con el factor información, el coordinador de grupo tiene un rol importante porque es el encargado de implementar la psicoeducación, como parte del tratamiento. Teniendo en cuenta lo que se ha dicho al desarrollar los factores terapéuticos, también puede aprovechar los testimonios de los miembros del grupo para remarcar aquellas cuestiones que puedan resultar importantes para la psicoeducación, aun cuando no hayan estado previstas. Cuando se trata del factor existencial, el rol del coordinador es muy importante. Si tiene la sensibilidad suficiente para detectar estas cuestiones puede actuar en el sentido de lograr que un paciente comprenda que hay un límite en lo que puede obtener de los demás integrantes del grupo y que debe asumir la responsabilidad última por su vida, un núcleo de soledad última que no puede ser dejado de lado (Yalom, 2000).

Para que la recapitulación correctiva se produzca es importante que los coordinadores de grupo estén atentos para que los vínculos y conflictos familiares que el paciente reencuentra dentro del grupo no sean revividos de la misma manera, sino que puedan ser actualizados correctamente. Para eso, los roles fijados en la historia familiar deben ser explorados y puestos en duda constantemente por el profesional que coordina el grupo. Si se encuentra una oportunidad para hacer intervenir el factor de socialización, el coordinador puede recurrir al juego de roles, proponiendo intercambios que ayuden a los pacientes a partir de la retroalimentación del coordinador o del resto de los miembros. En algunos casos el coordinador puede encontrar la ocasión para actuar como un modelo que los pacientes adopten, aunque en el caso de los grupos el proceso imitativo es más difuso que en la terapia individual, el profesional puede orientar sus intervenciones para ofrecerse como modelo o señalar a alguno de los miembros del grupo como un modelo a imitar (Yalom, 2000).

El rol del coordinador de grupo es especialmente importante en lo que se refiere al factor catarsis. Si bien este es importante en un proceso terapéutico, no es suficiente en sí

mismo. Cuando se presenta una situación en la que un miembro del grupo expresa sus emociones abiertamente, el coordinador debe preguntar acerca de cómo vive esta persona esa experiencia e incentivar el intercambio grupal, para hacer surgir cuestiones como la confianza, la vergüenza o el temor al juicio de los otros.

El factor interpersonal obliga al coordinador de grupo a cuidarse de no establecer una relación única en sentido descendente, es decir desde su posición de líder del grupo hacia los pacientes. No es necesario que se convierta en un miembro más del grupo, pero sí que tenga en cuenta la importancia que tiene para la dinámica de un grupo terapéutico la posibilidad de encontrar en el intercambio con los otros miembros la clave del cambio. Yalom (2000) sostiene que aún aquellas personas que en un primer momento manifiestan su despreocupación con respecto a las opiniones del resto del grupo y que mantienen una fuerte independencia respecto del resto de los miembros, no logran sostener este lugar por demasiado tiempo.

Considerando que el grupo terapéutico es una reproducción de un microcosmos social, el rol del coordinador debe estar enfocado en lograr que los intercambios dentro del grupo se produzcan de la manera más natural posible. Así, cada uno de los miembros recreará y mostrará dentro del grupo sus problemas del modo más vívido (Yalom, 2000).

## **4 Metodología**

### **4.1 Tipo de estudio y diseño**

Descriptivo, con un diseño cualitativo.

### **4.2 Participantes**

Se trabajó aproximadamente con 20 pacientes que participaban de los grupos de encuentro de un centro terapéutico dedicado al tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Todos los participantes eran mayores de edad y en su mayoría mujeres. Durante la semana los grupos estaban conformados por gente que residía en Capital Federal y Provincia de Buenos Aires, cada tres fines de semana se reunían grupos de adelgazamiento intensivo formados en su mayoría por personas que se trasladaban desde el interior del país y países limítrofes.

Los grupos estaban coordinados por al menos dos profesionales de la institución. Generalmente contaban con la presencia de dos Psicólogos o un/a Psicólogo/a, de orientación cognitiva conductual, y un/a médico/a especializado/a en conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad.

Se observaron particularmente las interacciones que llevaron adelante un psicólogo de 52 años, que trabaja en la institución desde el año 2002, al que se denominará A, y una médica de 56 años, que trabaja en la institución desde el año 2007, a la que se referirá en este trabajo como P.

Con el objeto de obtener testimonio de los pacientes de los grupos de descenso, se entrevistó a seis de ellos de manera individual. Se trata de hombres y mujeres, en un rango de edades de 30 a 65 años.

#### 4.3 Instrumentos

Se realizaron observaciones no participantes de los grupos de descenso y de las interacciones que se desarrollaron en el devenir de los encuentros, así como del rol de los coordinadores dentro de dicho grupo.

También se llevaron a cabo entrevistas semidirigidas a seis pacientes de diferentes edades y sexo, en un formato de ocho preguntas, con el objeto de conocer acerca de las relaciones que se establecen entre los participantes del grupo y la relación de los pacientes con los profesionales de la institución, a fin de conocer cuán significativa y/o útil es para ellos la concurrencia a dichos encuentros grupales y qué aspectos del trabajo grupal son los que más valoran.

#### 4.4 Procedimiento

Para realizar las observaciones no participantes se registraron las interacciones llevadas adelante en los grupos de descenso. Cada encuentro tuvo una duración de una hora y media aproximadamente y las observaciones se realizaron seis veces por semana a lo largo de cuatro meses. A partir de las observaciones se tomó nota de lo que ocurría en las reuniones, de los testimonios de los pacientes y de las intervenciones de los coordinadores. Con este material se identificaron distintos aspectos del trabajo grupal en función de las categorías aportadas por los autores del marco teórico. En cuanto a las intervenciones que realizaron los coordinadores de los grupos se las analizó en función de la formación profesional de los mismos, considerando dos formas alternativas de abordaje, la médico/nutricional y la psicoterapéutica.

Las entrevistas individuales a los pacientes fueron en promedio de 20 minutos y se registraron en notas manuscritas.

## 5 Desarrollo

### 5.1 Características del funcionamiento de los grupos de descenso

En este apartado se describirán las características del abordaje grupal de un tratamiento de descenso de peso, según el primer objetivo específico del presente TFI. La información para esta descripción se obtuvo mediante la observación no participante de las reuniones de los grupos de descenso y entrevistas a algunos de los pacientes que participaron en ellas.

En el marco de un abordaje multidisciplinar los grupos de descenso son un espacio que permite trabajar las diferentes problemáticas que se presentan en los pacientes que están realizando un tratamiento de reducción de peso. Los grupos observados tenían entre 15 y 30 personas aproximadamente. De acuerdo con Gil Rodríguez y Alcover de la Hera (1999) tendrían un tamaño pequeño, cercano al límite de 30 que proponen para esta categoría.

Por medio de la observación y las entrevistas a los pacientes se pudo apreciar que la homogeneidad es una característica que distingue a este tipo de grupo. En primer lugar, los participantes comparten sus intereses y problemas más comunes. La gran mayoría son mujeres con un rango de edades entre 30 y 65 años. También parecen tener niveles socioeconómicos y educativos similares, en líneas generales. El abordaje grupal toma como punto de partida esta semejanza entre los miembros para ponerla al servicio de las distintas funciones que requiere el acompañamiento del tratamiento focalizado en la reducción de peso, aprovechando sus aportes a la provisión de información y a las intervenciones terapéuticas a través del trabajo de coordinación. Esta descripción de los grupos de descenso muestra a la semejanza entre sus miembros como el rasgo más destacable, semejanza que Zukerfeld (2011) presenta como característica principal de los grupos de autoayuda, a los que considera un formato eficaz para el tratamiento de la obesidad. Cabe aclarar que, a diferencia de un grupo de autoayuda, los grupos de descenso están coordinados por profesionales y no por ex pacientes del centro terapéutico. Las semejanzas entre los problemas que tienen los pacientes son un factor que favorece la cohesión grupal y el apoyo a los que hacen referencia tanto profesionales como pacientes. Uno de los coordinadores, psicólogo al que se denominará A, destaca el altruismo entre los participantes, como así también la construcción de una identidad compartida a través de todas las interacciones que se generan a partir de la participación en los grupos: *“Aquí los pacientes establecen lazos personales, hacen actividades juntos, están conectados por Whatsapp...saben que cuando lo necesitan, pueden contar con sus compañeros de grupo”*.

Se puede señalar que esto coincide con la forma en que describe Yalom (2000) a los grupos como entidad. Además, la descripción que hace el profesional sobre el modo en que los grupos de descenso contribuyen al acompañamiento necesario para el tratamiento, por medio de factores como la cohesión y la solidaridad, se corresponde con las características de los grupos de autoayuda, según los tipos propuestos por Zukerfeld (2011).

El formato grupal implementado en el centro terapéutico está pensado para abrir la participación a todos los pacientes y generar un intercambio que enriquezca las posibilidades de encontrar el apoyo necesario para llevar adelante el tratamiento. Generalmente quienes toman la palabra al iniciarse las reuniones de grupo son aquellos pacientes que vienen *morfados* o que vienen *impecables*. Estos términos se utilizan dentro de la institución para referirse a quienes se salieron de la dieta y se excedieron con la comida y a los que vienen cumpliéndola con estricta dedicación, respectivamente. Es decir que quienes se encuentran en los extremos en relación con el cumplimiento del tratamiento son los que tienen más tendencia a exponer frente al grupo. Considerando lo expuesto por Yalom (2000) acerca de la conducta imitativa como factor terapéutico que permite beneficiarse a partir de observar lo que le sucede a alguien que tiene problemas similares, ambos casos se pueden considerar como modelos que se ofrecen a los pacientes para aprender a través de la experiencia del otro. Los pacientes que logran mantenerse *impecables* durante los fines de semana se proponen como el ejemplo a seguir, y en las reuniones de grupo se suele estimular que compartan su experiencia y sus *trucos* con el resto de sus compañeros; mientras que los que terminan *morfados*, aportan al resto la experiencia de enfrentar situaciones que son negativas para el tratamiento y les permiten aprender sobre lo que no se debe hacer en estos casos y lo que es más conveniente para no salirse de la dieta. Una de las pacientes habla de “*Espejarse en el discurso del otro*”, para representar la experiencia de escuchar los testimonios de sus compañeros. Esto refiere a la universalidad, en términos de Yalom (2000), como la forma en que los miembros de un grupo toman conciencia de que sus problemas no son algo único, sino que hay otros que padecen lo mismo y comparten muchas de sus experiencias.

A partir de los testimonios de los pacientes que toman la palabra en primer lugar, el resto se va incorporando a los intercambios y los coordinadores orientan el trabajo según el contenido que surge en cada reunión. De esta forma se produce la dinámica grupal que distintos autores señalan como la fuente de la adquisición de habilidades de afrontamiento (Lechuga Navarro & Gámiz Jiménez, 2005) o de las bases para un cambio de hábitos y de

estilo de vida (Vilallonga et al., 2008). De acuerdo con lo observado, se puede decir que el abordaje grupal en los grupos de descenso parte de lo que Zukerfeld (2011) describe como grupos de autoayuda en su forma pura, ya que se le da valor a las experiencias de sus miembros y a la semejanza que existe entre ellos. La dinámica grupal que se genera a partir de esta base se modifica por la intervención de los coordinadores, que no son un par sino profesionales que desarrollan estrategias de intervención en función de los objetivos del tratamiento. Se producen entonces movimientos y combinaciones entre los distintos tipos puros, permitiendo que se cumplan también el resto de las funciones de un grupo, es decir, las educacionales y terapéuticas, sin dejar de aprovechar la experiencia personal de los participantes y conservando el aporte de factores como la universalidad, la imitación y la cohesión que surgen de la homogeneidad del grupo (Yalom, 2000).

Zukerfeld (2011) sostiene que en todos los sistemas grupales para el tratamiento de la obesidad existe algún nivel de información. A través de las observaciones se puede notar la función educacional de los grupos de descenso, simultáneamente en dos aspectos: la psicoeducación como parte del tratamiento y a cargo de los coordinadores; y el intercambio entre los pacientes, tanto durante las reuniones como fuera de ellas, ambos reconocidos por Yalom (2000) como formas en que puede aparecer el factor información dentro de un grupo. Se da un movimiento entre la información que el coordinador transmite acerca de características de la enfermedad y lo que aportan los pacientes a partir de su experiencia personal. Estas últimas contribuciones al tratamiento son posibles gracias al formato grupal y no se darían de la misma manera en un tratamiento individual.

Uno de los aspectos que reciben más atención por parte de la institución entre los que se incluyen en la función educacional es la distinción entre el lugar que ocupa la comida en la vida de una persona que padece obesidad y el que debe tener en una nueva vida post tratamiento. Este se considera un aspecto fundamental del cambio que se propone y debe ir construyéndose a partir de pequeñas modificaciones, para las cuales la información es de gran importancia. Según Zukerfeld (2011), la información genera una reducción de la incertidumbre que suelen sufrir los pacientes y tiene un gran valor terapéutico, en la medida en que la explicación de un fenómeno puede considerarse un primer paso hacia su control.

En el caso de los grupos de descenso analizados, la información que proporcionan los coordinadores está relacionada principalmente con los alimentos y la forma de alimentarse. A los pacientes se les da un conjunto de recomendaciones, como pesar las porciones de

algunos alimentos, en particular las de carnes; tener reservas de caldo de verduras y de gelatina light para las ocasiones en que sientan hambre, evitar el exceso de sal y condimentos y otras cosas por el estilo. Por ejemplo, una de las coordinadoras, la Dra. P., dice en una reunión: *“con respecto a los condimentos, tengan en cuenta que mientras menos sabrosa sea la comida, menos atractiva les va a resultar y entonces van a comer menos”*. El tipo de información mencionado y ejemplificado en este testimonio es complementaria de las indicaciones nutricionales que reciben los pacientes y tienen la finalidad de ayudar a estos últimos a mejorar su adherencia a la dieta.

Entre los mismos pacientes comparten información y consejos sobre formas de preparar los alimentos, de combinarlos y de armar los platos. Todos estos aportes de los miembros de los grupos son formas de compartir información. La información compartida es un factor terapéutico propio de los grupos (Yalom, 2000) y se muestra aquí como una contribución al éxito del tratamiento que surge del formato grupal. Una de las pacientes, por ejemplo, le cuenta al resto del grupo que *“nunca tengo golosinas en casa, me preparo porciones de gelatina y las tengo listas para cuando me dan ganas de algo dulce”*; otra explica cómo hace para cumplir con el objetivo de tomar dos litros de agua por día, utilizando una aplicación para *smartphones* que provee la institución, y otro paciente cuenta la forma en que planificó una salida al teatro para no seguir su rutina de ir a comer pizza después de la función.

Además de aquello relacionado directamente con los alimentos también se trabajan aspectos psicológicos, como la forma de evitar situaciones que podrían ser oportunidades para salirse de la dieta y otros problemas que traen los mismos pacientes a las reuniones. Uno de estos temas es la relación entre la forma de alimentarse y las emociones. Algunos pacientes plantean el control de las emociones como un problema, pero aún en aquellos casos que no se focalizan en esta cuestión, se puede observar que las emociones están relacionadas con los excesos en la alimentación. Los coordinadores responden siempre a las inquietudes de los pacientes cuando plantean alguna situación que los angustia o que les genera emociones que los afectan en su capacidad para seguir adelante con el tratamiento. Estas pueden surgir en situaciones cotidianas, como en el caso de una paciente que cuenta una pelea con su marido, o pueden ser consecuencia de un acontecimiento como en el caso de otra paciente que tiene un hijo que se fue a vivir al exterior. Pero también pueden ser emociones relacionadas con el tratamiento que están realizando. Por ejemplo, uno de los temores que muchos de los pacientes que están en plena etapa de descenso de peso tienen, cuando

comienzan a obtener resultados, es a volver a recuperar los kilos bajados, lo que se denomina efecto rebote (Vilallonga et al., 2008). Esto es algo que se trata en las reuniones de los grupos y también se conversa en los encuentros informales entre los pacientes, donde se continúa la dinámica que se da dentro de los grupos.

La socialización, como factor terapéutico de los grupos (Yalom, 2000) parece ser importante para muchos de los pacientes y muestra la forma en que esta manera de abordaje del tratamiento, puede ofrecer una oportunidad para desarrollar una vinculación interpersonal adecuada, algo que muchos pacientes tienen como problema cuando llegan al tratamiento. Se puede destacar que, tal como afirma el psicólogo A, la relación entre los pacientes va más allá de las reuniones y forman grupos en los que realizan actividades conjuntas, como caminatas grupales, y otros que están conectados a través de Whatsapp y algunos que se reúnen a almorzar después de las reuniones de la mañana.

En síntesis, el funcionamiento de los grupos de descenso tiene como punto de partida un formato de participación basado en la semejanza de los miembros y en los factores derivados de esta característica. A partir de esta posición, la dinámica grupal se caracteriza por un movimiento permanente en relación con las funciones de apoyo, educación y terapéutica.

## 5.2 Roles médico/nutricional y psicoterapéutico

Las revisiones de estudios de eficacia para el tratamiento de la obesidad han revelado que los tratamientos que incluyen múltiples componentes orientados al abordaje de los distintos factores que explican la enfermedad son los más eficaces (Rajmil et al., 2017). El tratamiento ofrecido por la institución se plantea como multidisciplinar y, por lo tanto, debe cubrir los distintos aspectos que requieren atención en el abordaje de la obesidad; entre ellos, los aspectos nutricional y psicológico son los que reciben más atención. Éstos se corresponden con dos de los elementos del trípode propuesto por Pierri (2011), y si se consideran unidos el aspecto médico y el nutricional se encuentra el trípode completo. En primer lugar, el tratamiento hace hincapié en la dieta hipocalórica y en un corte en los hábitos de alimentación, mientras que los aspectos psicológicos se tratan dentro de los grupos como un complemento para sostener la motivación y el compromiso necesarios para cumplir con los objetivos de descenso de peso. En este apartado se analiza dicho trabajo en los grupos coordinados por una médica y un psicólogo, con la finalidad de describir las coincidencias y diferencias en el desempeño del rol.

Como se ha visto hasta aquí el tratamiento pone especial énfasis en el control del peso y define sus objetivos en función de la cantidad de kilos a perder en un periodo determinado. Ambos coordinadores responden a esta forma de trabajo; sin embargo, en una de las reuniones el psicólogo planteó que *“No se trata sólo de bajar de peso, sino de aprender una conducta”*. Y agregó: *“No nos etiquetemos, se puede cambiar”*. Esta afirmación se puede interpretar como una forma de plantear que el tratamiento de la obesidad no queda restringido a la reducción de peso, sino que debe atender los factores psicológicos y ambientales que se encuentran en la génesis de la obesidad (Canizales Quintero, 2008). De hecho, el psicólogo advierte a los pacientes que *“No hay que ser un dietario crónico”,* sino que *“hay que encontrar un plus en disfrutar de comer algo sano y no pelearse con la comida”*.

Con respecto a esto, el psicólogo plantea el problema de un comportamiento alimentario desbordado, *“que enferma el cuerpo y también la cabeza”*; y, a través de las indicaciones a los pacientes se puede interpretar que lo que se puede cambiar son todas esas conductas que los pacientes tienen incorporadas a su repertorio y es necesario comenzar a controlarlas para que vayan extinguiéndose. Por ejemplo, el coordinador recomienda evitar conductas que favorezcan el exceso, como comer rápido, parado, abrir la heladera sin tener que buscar algo específico, el picoteo en cualquier momento del día y otras similares. Esta última conducta es particularmente expuesta como una forma de atentar contra el tratamiento: *“El picoteo te deja igual de morfado”*, dice. Este estado, como se mencionó, es planteado en los grupos como lo opuesto a estar *impecable*, a cumplir estrictamente con el tratamiento. Desde una perspectiva cognitiva conductual, todas estas conductas tienen que ser modificadas mediante un abordaje más específico, con estrategias de intervención como el automonitoreo, el control de estímulos y el refuerzo de los cambios producidos (Rodrigo-Cano et al., 2017).

A partir de la observación se pudo detectar que el psicólogo es quien mayor atención pone en las emociones de los pacientes y su relación con la alimentación, algo que sería acorde con su formación. Una definición de lo que se pone en juego en esta relación se encuentra en una frase que usa para explicar al grupo su importancia para el tratamiento: *“Las emociones no tienen que ser la variable de ajuste del tratamiento, sino que el tratamiento tiene que ayudar a manejar las emociones”*. Registrando las emociones que los pacientes comparten en las reuniones de los grupos se puede decir que las que aparecen con mayor frecuencia son la ira, la tristeza y la ansiedad/temor. La ira y el temor son dos de las emociones que Pasco y colaboradores (2013) hallaron asociadas a la obesidad. En una

reunión, uno de los pacientes contaba que se había salido de la dieta porque una discusión con su socio lo había hecho enojar y, entonces, se descargó comiendo. El comentario del coordinador psicólogo fue: “*El que se enoja, engorda*”, lo que dio lugar a un intercambio entre los pacientes y el propio psicólogo acerca de la mejor forma de actuar frente a una emoción como esa. Dinámicas similares se pudieron observar en más de una reunión del grupo y el psicólogo siempre se detuvo para hacer alguna intervención en relación con la importancia del control de las emociones. Este modo de actuar del coordinador refieren a dos de los aspectos comunes al rol mencionados por Zimmerman y Osorio (1997): la función de pensar y la capacidad de síntesis e integración de los aportes del grupo.

Considerando que no solamente las emociones negativas como las mencionadas pueden afectar la conducta alimentaria, el psicólogo advirtió al grupo en una de las reuniones: “*Ojo con estar contento e irse de la dieta*”. El comentario venía como respuesta al testimonio de una paciente que expresaba su alegría por estar más cerca de lograr el objetivo de descenso de peso. Aquí se pone en alerta a los pacientes sobre la posibilidad de que emociones positivas también puedan llevar a comer más, ya no como una forma de afrontamiento, sino como resultado de la modulación entre estados emocionales y conductas de ingesta, una de las maneras en que las emociones afectan a la alimentación según Macht (2008).

En relación con el modelo de Zukerfeld (2011), se puede afirmar que los momentos en que el psicólogo aprovecha una experiencia planteada por algún paciente para realizar una intervención orientada a modificar una conducta, son un ejemplo de movimiento del grupo hacia la función terapéutica. Cabe señalar que esta combinación de las funciones propias de los grupos responde a la recomendación de Zukerfeld (2011) en cuanto a mantener un equilibrio entre ellas, para que los beneficios obtenidos en un sentido no signifiquen pérdidas en relación con otra de las funciones. Se puede ver en este interjuego de funciones la forma en que el coordinador asume su responsabilidad en relación con este equilibrio. El psicólogo A hace una recomendación que propone buscar formas distintas de controlar las emociones, cuando le dice a una paciente que “*Estar morfado es estar mufado*”, para luego proponerle que intente hacer algo que le de placer cuando se siente mal para no responder comiendo.

Todo lo descripto en los párrafos anteriores corresponde a intervenciones del psicólogo desde el rol de coordinador que implican una mirada psicoterapéutica; aunque la observación de los grupos permitió comprobar que también la médica implementa en su rol de coordinadora intervenciones relacionadas con el automonitoreo de situaciones problemáticas

y da recomendaciones que pueden reconocerse como formas de controlar los estímulos (Rodrigo-Cano et al., 2017). Por ejemplo, cuando recomienda a una paciente salir a correr, o al menos a caminar, cuando tiene una discusión con su marido. La paciente cuenta que cuando esto sucede, generalmente se consuela comiendo y así se le pasa el enojo. En este caso, la conducta de comer algo que le gusta está reforzada porque desaparece un sentimiento negativo, la propuesta de la coordinadora intenta cambiarla por una más saludable, con la intención de que esta última sea reforzada por la eliminación de un estímulo desagradable. Además, como cierre de esta intervención, la Dra. P agrega que *“El mejor antidepresivo es el ejercicio físico”*. El ejercicio físico tendría entonces un doble efecto, por una parte contribuye a un balance energético negativo a través de un aumento en el gasto energético y por la otra, mejora el estado de ánimo, además de ser el elemento del tratamiento que más favorece el mantenimiento de los resultados en el tiempo (Rivera et al., 2007).

La médica que coordina grupos de descenso plantea una pregunta en relación con las explicaciones que pueden darse de la obesidad, proponiendo dos alternativas posibles: como condición médica o como consecuencia de conductas alimentarias desordenadas. Sin descartar la importancia de lo conductual, ofrece una explicación bioquímica, aportando datos sobre el funcionamiento de los mecanismos de regulación de la ingesta y de la asimilación de nutrientes y su acumulación en forma de grasa corporal. En su descripción es posible reconocer lo que afirma Sánchez Muniz (2016) sobre el aumento tanto del tamaño de los adipocitos como de su cantidad y la forma en que esto desborda la capacidad de regulación del organismo, siendo ésta una explicación biológica de varias de las condiciones relacionadas con la obesidad. Este tipo de intervenciones corresponderían al aspecto de docente del rol de coordinación, el que corresponde a la función educacional, ya que la Dra. aporta información que ayudaría a los pacientes a comprender su enfermedad (Zuckerfeld, 2011).

En su rol de docente, la Dra. P señala enfáticamente al grupo que *“Hay que tener a la microbiota ordenada. Si no, hay una distimia en relación al cuerpo”*. Esta afirmación responde a una explicación que destaca la influencia de la microbiota sobre las emociones; de acuerdo con ella, fenómenos como la comorbilidad entre obesidad y trastornos del estado de ánimo (Ortega et al., 2012) y la asociación positiva entre obesidad y presencia de afectos negativos como angustia, ira y miedo (Pasco et al., 2013) serían una consecuencia de esta desregulación de la microbiota. Esta explicación establece una dirección inversa en la

relación entre emociones e ingesta, en comparación con la que plantean las teorías psicológicas como la propuesta por Macht (2008), quien propone cinco modos diferentes en que lo emocional influye sobre la alimentación.

Un paciente cuenta que vuelve al tratamiento después de haber recuperado los kilos bajados y más. La doctora P le pregunta “¿qué es lo que te hizo volver?”, a lo que el paciente responde que no podía trabajar, no podía caminar. Y ella entonces le dice: “*Si no fuera que no podías caminar, no parabas. Cuando uno no se puede poner un límite, empieza a sufrir limitaciones. El cuerpo pone el límite que la cabeza no puede poner. No estamos diseñados para pesar más de 100 kilos*”.

Otras intervenciones informativas de la Dra. P se refieren a la relación entre la distribución de la grasa corporal y el nivel de riesgo de padecer enfermedades. En una de las reuniones del grupo, la coordinadora explicó la diferencia entre obesidad ginoide y androide (forma de pera o de manzana) y destacó que esta última estaba más asociada con el riesgo de padecer enfermedades metabólicas y cardiovasculares. Esta información coincide con lo que se ha establecido en diversos estudios y que es considerado un factor importante para la prevención de este tipo de enfermedades (Rosales Ricardo, 2012). Además, la doctora explica en más de una reunión cuáles son los mecanismos para acumular y para quemar grasa y en una de ellas dice que “*Donde no hay músculo entra la grasa*”, para recomendar la práctica de actividad física a los pacientes. Cabe recordar que ésta es la forma más adecuada de prevenir enfermedades y de mantener los resultados en un tratamiento de descenso de peso (Rivera et al., 2007).

La doctora se refiere a la existencia de una meseta en el descenso de peso, que consiste en una etapa en la que el descenso es más lento, después de haber bajado una cierta cantidad de kilos. Según su explicación, hay una inercia del descenso al principio que genera expectativas que después no se cumplen y por eso alerta a los pacientes para que no se desanimen con este enlentecimiento, porque es algo esperable. Esta intervención, basada en conocimientos biológicos, tiene un aspecto psicoterapéutico, mantener la motivación de los pacientes para seguir adelante con el tratamiento, considerando que ésta resulta esencial para mantener la intención de realizar cambios en aspectos en los cuales los pacientes pueden sentirse inseguros y con cierta ambivalencia (Fernández-Moreno et al., 2007).

Entre las formas de intervención comunes a ambos coordinadores, se encuentra la indagación acerca de los factores que podrían estar afectando el cumplimiento con la dieta.

En varias ocasiones, algún paciente se mostró contrariado porque decía haber respetado rigurosamente la dieta y, sin embargo, no había tenido el descenso de peso esperado. El coordinador, en estos casos, pregunta por los detalles que pueden explicar este hecho. Por ejemplo, si comen con demasiada sal o aceite, si están haciendo algo de ejercicio físico, en que momento del día y qué tipo de ejercicio hacen, si es aeróbico o anaeróbico. Esto es algo que hacen todos los coordinadores, sean médicos o psicólogos, por lo que se puede interpretar como parte de los lineamientos de acción propios del tratamiento.

Otro atributo común que se pudo apreciar en los coordinadores fue la capacidad de contención, a la que Zimmerman y Osorio (1997) describen como una actitud de acogida a las necesidades y angustias de los miembros del grupo. Los coordinadores procuran que los pacientes se sientan protegidos dentro del grupo y puedan expresarse sin temores, para que en el intercambio grupal surjan problemáticas como la falta de confianza, la vergüenza o el temor al juicio de los otros, de manera que se puedan pensar conjuntamente. Esto último conecta con la función de pensar, otro de los atributos comunes al rol de coordinación que proponen Zimmerman y Osorio (1997), por la cual facilitan la reflexión acerca de las ideas y sentimientos que los pacientes expresan en el grupo.

Como resultado de las observaciones realizadas se pueden identificar elementos comunes en el trabajo de los coordinadores que son propios del tratamiento, fundamentalmente la atención puesta en la dieta. Más allá de éstos, la médica aporta mucha información nutricional y relacionada con el metabolismo, incluyendo modelos explicativos de la enfermedad y la existencia de enfermedades relacionadas con el exceso de peso. El psicólogo plantea ir más allá de la dieta y propone cambios en la conducta, atendiendo a los factores emocionales, para que se sostengan en el tiempo.

### 5.3 Utilidad del abordaje grupal desde la perspectiva de los pacientes

En este apartado se reúnen testimonios de los pacientes sobre el valor que le otorgan a su experiencia en los grupos, tanto en relación con el éxito del tratamiento como en aspectos más personales, que pueden considerarse indirectamente relacionados con el mismo, como el estado anímico y la percepción de autoeficacia.

Algo que destacan los pacientes cuando se les pregunta por lo que el grupo les aportó es la experiencia de aprender muchas cosas sobre la enfermedad. La mayoría de ellos valoran el aspecto psicoeducativo del tratamiento, tanto la información más especializada que es

aportada por los coordinadores de grupo, como la que obtienen de sus compañeros, que tiene la ventaja de provenir de una experiencia más cercana a la propia. Una de las pacientes dice: *“Aquí aprendí un montón de cosas que no tenía idea. Y ahora siento que tengo más armas para decir que no cuando me atacan las ganas de comerme todo”*. Otra paciente dice que *“Lo que te dicen los compañeros que ya tienen experiencia lo tenés que tomar, porque lo que vos estás viviendo hoy, ellos ya lo pasaron. Y tenés que poder aprovechar lo que te dicen”*. En estos relatos se puede observar la presencia de algunos de los factores terapéuticos según Yalom (2000), como la esperanza, la universalidad y la información compartida. La experiencia de sus compañeros es reconocida por los pacientes de los grupos de descenso, no solamente como una fuente de información con la que pueden afrontar más eficazmente sus problemas con la comida, sino también como incentivo en pos de mantener la motivación necesaria para cumplir con las exigencias del tratamiento.

Una de las pacientes explica: *“Acá te dicen bien claro lo que pasa cuando no tenés la fuerza para cortar con lo que venías haciendo hasta ahora y lo que pasa cuando lo lográs. Eso lo podés ver en las compañeras que ya están más adelante en el tratamiento”*. En el mismo sentido se da el testimonio de otra paciente: *“Aumenta la confianza cuando ves a los que ya bajaron 10, 15 kilos y te cuentan cómo les costó al principio, que es lo que por ahí te cuesta a vos ahora, pero ves que ellos pudieron”*. Una de las pacientes cuenta: *“Cuando empecé con el grupo me parecía que todo era una cuestión de voluntad para hacer la dieta, pero lo que iban contando los demás me hizo darme cuenta que hay un montón de cosas en el medio, y que es mucho lo que se puede aprender mirando lo que les pasa a los demás”*. Se pueden ver destacados en estos testimonios al menos tres factores terapéuticos de los grupos, como son la esperanza, la universalidad y la conducta imitativa (Yalom, 2000). La experiencia de los pacientes que han avanzado en el tratamiento transmite el mensaje de que es posible lograr lo que se proponen en la lucha contra la enfermedad, al mismo tiempo que es un ejemplo para el resto, porque los pacientes que recién inician el tratamiento pueden identificarse con los problemas que ellos tuvieron que afrontar y resolver antes.

Algo similar se observa en el testimonio de otra paciente del grupo: *“Cuando escuchás a alguien contando lo que le pasa con la comida y te das cuentas de que es lo mismo que te pasa a vos, comprendés que esto es una enfermedad y que cuesta trabajo cortar, poner distancia con la comida, pero se puede”*. Además de la referencia al reconocimiento de los problemas propios en lo que cuentan los compañeros de grupo, que correspondería al factor

universalidad (Yalom, 2000), en este testimonio se pueden encontrar términos, como corte y distancia, que son difundidos por los coordinadores y circulan entre los pacientes, sobre todo entre aquellos que llevan un tiempo de tratamiento o ya han pasado por él antes. Algo que dijeron dos de los pacientes consultados y también responde a lo que se transmite desde la institución es que *“La dieta te quita los kilos y el grupo te quita las ganas de comer”*. El trabajo dentro del grupo de descenso aparece como la forma en la que los pacientes pueden cumplir con la dieta hipocalórica, que sería la que en definitiva explicaría el éxito del tratamiento en cuanto al descenso de peso. Al encontrarse entre iguales y reconocer su enfermedad, los pacientes pueden establecer vínculos con sus compañeros que les permiten adquirir las habilidades necesarias para lograr cambios permanentes (Lechuga Navarro & Gámiz Jiménez, 2005). Una de las pacientes destaca la importancia de los grupos, aludiendo a los horarios que tienen las reuniones. *“El grupo de las mañanas es perfecto para ayudarte a empezar el día organizada. Para ponerte en la cabeza lo que tenés que hacer durante el día para cumplir con la dieta. Y el grupo de las 19 hs. es importante porque ahí es cuando podés irte de lo que te habías propuesto. Ahí es cuando abre la fábrica de gordos”*. Esto también es un mensaje que transmiten los coordinadores con la finalidad de guiar a los pacientes en la mejor forma de sacar provecho de los grupos. Siguiendo este consejo, el grupo se convierte para los pacientes en una forma de organizar su conducta y de controlarse en el proceso de generar cambios en su estilo de vida (Vilallonga et al., 2008).

Una paciente dice que el grupo la ayuda a asumir su responsabilidad para no engordar: *“Así como la balanza tiene un piso y tiene un techo, nosotros tenemos que tenerlos. Hay que ser coherente, para no reengordar. Lo que digo, lo que pienso y lo que hago, se vuelve un círculo virtuoso cuando hacemos las cosas bien. Y el grupo te hace darte cuenta de eso. No podés engañar a los que están en la misma que vos”*.

Esto se relaciona con lo que dice otra paciente sobre lo más importante que el grupo significó para ella: *“Una cosa que me llevo del grupo es haber aprendido a escuchar con humildad, no a tirarse flores, a escuchar de verdad y a decir la verdad”*. Ambos testimonios se pueden relacionar con lo señalado por Lafuente (2012) acerca de la dificultad de hacer trampa en el tratamiento cuando se es parte de un grupo que están en la misma situación y conocen el problema.

El grupo parece ejercer una forma de control efectiva sobre sus miembros. Según una paciente, una cosa que le ayuda a *“cortar con la desprolijidad”*, es el control que el grupo

ejerce sobre sus integrantes. *“Cuando faltas a las reuniones, por cualquier motivo que sea, tenés que informar al grupo, ahí te preguntan si está pasando algo y te preguntan el peso también”*. La cohesión del grupo, la existencia de un *nosotros* que se construye en la experiencia compartida, viene a aportar algo que corta con la vacilación que se puede dar en la soledad del paciente con sus problemas (Yalom, 2000).

El grupo como entidad, es para los pacientes algo más que un dispositivo de control del grado de cumplimiento con la dieta y otros aspectos del tratamiento. Es un espacio en el que los pacientes se sienten contenidos y apoyados por sus pares que va más allá de lo que son las reuniones fijas de los grupos de descenso. Una de las pacientes dice que en el grupo *“Puedo sentirme acompañada cuando las cosas no salen como esperaba. Sé que ellos me van a entender”*. En uno de los intercambios durante las observaciones otra paciente dice que dentro del grupo se siente protegida y que mientras está con sus compañeros no piensa en la comida, que el problema es cuando está en su casa. Algunos pacientes cuentan que también recurren a los grupos de Whatsapp que se forman entre miembros de los grupos de descenso, cuando se encuentran en alguna situación que los angustia. Una paciente dice que: *“Cuando siento que estoy a punto de morfarme sé que tengo que mandar un SOS al grupo. Siempre hay alguien que te va a responder y que te va a decir algo que te ayude a mantenerte firme”*. También la variedad de horarios que se ofrecen para asistir a los grupos de descenso es un soporte al tratamiento; al respecto otra paciente dice que *“Aunque tengo mi grupo al que voy siempre, sé que si lo necesito puedo ir a una reunión y encontrarme con un clima que me va a hacer bien. Que me va a ayudar a no dejarme ganar por la gorda”*. En estos testimonios el grupo aparece como un lugar de refugio, al que los pacientes pueden recurrir cuando sienten que les faltan las fuerzas para seguir adelante con el tratamiento y expresar sus emociones sabiéndose contenidos. Lafuente (2012) afirma que se pueden mejorar los resultados en el tratamiento de la obesidad con un formato grupal en la medida en que los miembros del grupo pueden compartir sus experiencias en un contexto de contención y colaboración.

Los testimonios de estas pacientes son una muestra de que el grupo es muy importante para mantener la motivación. Una de ellas dice una frase que representa esto: *“Lo importante es que la motivación no decaiga”*. La valoración que los pacientes hacen de este aspecto es destacable, considerando con Fernández Moreno y colaboradores (2007) que la motivación es esencial para lograr el cambio en aspectos fundamentales de la vida de estos pacientes.

Una paciente que está realizando por segunda vez el tratamiento en la institución dice:

*“Ahora ya sé cuál fue mi error, haber dejado de venir a los grupos después que bajé los kilos que quería. Eso es algo que trato de transmitir al resto. Cuando puedo dejar esa experiencia a los que están donde yo estuve, me hace sentir más fuerte”*. Esto se relaciona con la explicación que Yalom (2000) da del altruismo como factor terapéutico de los grupos, donde no solamente se logra un efecto por recibir ayuda de otros miembros, sino que la posibilidad de sentirse útil para otros es un factor que aumenta la motivación y la confianza en la medida en que se deja atrás la desvalorización que muchos pacientes tienen después de haber tenido una experiencia negativa en su deseo de bajar de peso.

Algunos pacientes expresaron su decisión de seguir en los grupos de mantenimiento, una vez logrado el objetivo de descenso de peso, porque consideran que formar parte de un grupo es muy importante para mantener lo logrado con el tratamiento. Una paciente dijo en una de las reuniones: *“Yo sé que es fundamental para bajar de peso venir siempre al grupo, y también tengo claro que una vez que lo logre no puedo dejar de venir”*. Incluso hubo una paciente que dijo que iba a seguir viniendo a los grupos de por vida. Esto concuerda con lo que señala Lafuente (2012) sobre la importancia de un programa de seguimiento y mantenimiento para asegurar la eficacia de los tratamientos de la obesidad, permitiendo sostener el descenso de peso en el tiempo. Al mismo tiempo, destaca el valor que el grupo tiene para los pacientes que no se limita a la etapa de descenso, sino que se extiende a la de mantenimiento.

## **6 Conclusiones**

### **6.1 Síntesis**

Por medio de la observación no participante y las entrevistas a los pacientes se pudo cumplir con los objetivos de este trabajo.

Para el primer objetivo, se propuso describir las características del abordaje grupal como componente del tratamiento planteado por la institución en la que se realizó la práctica. La principal es que el formato grupal se propone como una forma de acompañamiento que favorece la adherencia a la dieta y demás aspectos del tratamiento, tomando como punto de partida la homogeneidad de los grupos en cuanto a las problemáticas planteadas por los pacientes, lo que sirve de base para la construcción de una dinámica grupal a través de la que se implementa el tratamiento. Esto permite decir que el punto de partida corresponde a lo que Zukerfeld (2011) define como grupos de autoayuda, aunque los grupos de descenso son

coordinados por profesionales y también cumplen funciones educativas y terapéuticas. Considerando las distintas posiciones posibles de acuerdo al modelo, el abordaje grupal se caracteriza por un movimiento permanente entre las distintas formas de plantear el trabajo, manteniendo siempre el aporte de la semejanza entre los miembros del grupo.

Para responder al segundo objetivo específico de este trabajo se comparó el ejercicio del rol de coordinación entre un psicólogo y una médica. Se observó que, más allá de algunas diferencias en cuanto al énfasis en determinados aspectos del tratamiento relacionados con formación profesional, existen elementos comunes que se pueden reconocer como parte del modelo teórico del tratamiento. En cuanto a las diferencias, la médica que coordina el grupo aporta mucha información sobre los mecanismos biológicos que explican la enfermedad y alerta sobre cuestiones relacionadas con la alimentación y los riesgos de enfermedades relacionadas con el exceso de peso. El psicólogo, por su parte, propone realizar cambios en la conducta que vayan más allá de lograr un descenso de peso a través de la dieta. También presta atención a los factores emocionales que surgen de los testimonios de los pacientes, para proponer formas de afrontar las situaciones que no sea comiendo. Los factores comunes responden a aquellos aspectos que Zimmerman y Osorio (1997) consideran condiciones indispensables para un buen ejercicio del rol de coordinación, tales como la contención, la función de pensar y la capacidad de síntesis e integración.

Con respecto al tercer objetivo específico, se halló que el trabajo dentro de los grupos de descenso es muy valorado por los pacientes de la institución y los ejemplos que usan para describir lo que esto representa para sus experiencias personales permiten reconocer varios de los factores terapéuticos propuestos por Yalom (2000), como la cohesión, la esperanza, la universalidad, la conducta imitativa y la información compartida. En relación con la agrupación que Zukerfeld (2011) hace de dichos factores en función de los puntos de partida posibles para el trabajo grupal, predominan los factores propios de los grupos de autoayuda, basados en las semejanzas entre sus miembros. Los pacientes manifiestan que compartir las experiencias con sus compañeros de grupo los hace sentirse apoyados y comprendidos y les proporciona recursos para llevar adelante el tratamiento, no solamente informativos, sino también emocionales e interpersonales. Además del apoyo, los pacientes valoran un entorno que les sirve de control y los ayuda a mantener la adherencia. Algunos de ellos consideran extender su participación en los grupos de mantenimiento más allá del periodo recomendado, como una forma de asegurar los resultados obtenidos durante la etapa de descenso. La fuente

(2012) sostiene que el conocimiento de los más experimentados dentro de los grupos hace que sea más difícil hacer trampa en el tratamiento y ocultarlo a los compañeros.

## 6.2 Limitaciones

Aún habiendo podido cumplir con los objetivos específicos de este trabajo, existieron algunas limitaciones para profundizar en los análisis realizados.

En primer lugar, extender la observación de los grupos durante una mayor cantidad de meses hubiera permitido detectar cambios en la percepción que los pacientes tienen del funcionamiento de los grupos y la utilidad que el trabajo grupal tiene para ellos a medida que el tratamiento fuera pasando por distintas etapas. Si bien entre los pacientes consultados había representantes de las distintas etapas por las cuales se puede pasar a lo largo del tratamiento (pacientes que recién inician, quienes están cerca de cumplir sus objetivos, quienes están realizando tratamiento por segunda vez), las diferencias entre ellos no pueden considerarse como equivalentes a la evolución de un caso particular. Esta sólo se hubiera podido apreciar siguiendo a los pacientes durante varios meses, incluso durante la etapa de mantenimiento.

Con respecto a la cantidad de participantes se considera que una muestra de mayor tamaño hubiera permitido ampliar la variedad de visiones acerca del funcionamiento y la utilidad de los grupos. En lugar de haber decidido de antemano la cantidad de entrevistas, hubiese sido mejor continuar incluyendo pacientes hasta un punto en el que sus respuestas ya no aportaran información novedosa.

Otra limitación al análisis que surge del trabajo de recolección de información consistió en no haber realizado entrevistas a los coordinadores cuyo trabajo fue analizado con base en lo observado. Las entrevistas con los profesionales hubieran permitido discutir con ellos las cuestiones relacionadas con sus formas particulares de asumir el rol de coordinador, para confirmar si las diferencias que fueron detectadas a través de la observación se corresponden con ellas o son en parte el efecto de un sesgo en la interpretación de lo observado, que responde al supuesto que dio origen al objetivo. En síntesis, los testimonios de los coordinadores servirían para corroborar la validez de las interpretaciones y evitar un énfasis artificial en las diferencias en el trabajo de ambos profesionales en función de sus diferencias de formación.

## 6.3 Aporte personal y perspectiva crítica

La realización de este Trabajo Final Integrador permitió conocer algunas características

del abordaje grupal del tratamiento de la obesidad, así como el valor que los pacientes le dan a este formato. En términos generales, se puede decir que los resultados permiten afirmar que el abordaje grupal es un componente importante del tratamiento y que la mayoría de los pacientes lo consideran fundamental para lograr sus objetivos de descenso y para mantener estos logros en el tiempo.

Desde una perspectiva crítica se puede señalar que los pacientes manifiestan la necesidad de continuar participando de los grupos más allá del logro de los objetivos del tratamiento de descenso, hasta el punto en que algunos de ellos afirman que piensan seguir asistiendo de por vida. Esto se puede considerar una falla del tratamiento en la medida en que sugiere una dependencia de los pacientes en relación con el grupo. Si bien la obesidad, como enfermedad crónica, requiere una atención permanente, es de esperar que el tratamiento fomente la autonomía de los pacientes y aumente su capacidad para mantener estable su balance energético. Para ello debería incluir intervenciones orientadas a la adquisición por parte de los pacientes de recursos que les permitieran realizar cambios en sus hábitos que se sostengan en el tiempo. Un ejemplo de esto es lo que sucede con el ejercicio físico; aspecto que se considera fundamental en la medida en que es el elemento entre los tratamientos considerados eficaces que más favorece el mantenimiento de la reducción de peso (Rivera et al., 2007). Si bien en la institución se recomienda a los pacientes que hagan actividad física, no existe un seguimiento de este aspecto en la misma medida en la que se controla la evolución del peso. Tampoco se implementan estrategias específicas para incorporar el ejercicio como un hábito, considerando que el objetivo de un tratamiento para la obesidad debería ser un cambio en el estilo de vida (Vilallonga et al., 2008). Algo similar ocurre con el manejo de las emociones; se trabajan en los grupos los problemas que plantean los pacientes, pero no se cuenta con estrategias orientadas a que desarrollen habilidades de afrontamiento a las emociones que experimentan que les ayuden a conseguir cambios permanentes en su vida cotidiana (Lechuga Navarro & Gámiz Jiménez, 2005). Puede suponerse que las terapias individuales cubren estos aspectos, aunque lo observado en las reuniones de los grupos de descenso sugiere que no existe un trabajo sistemático en este sentido. Considerando que el marco reconocido por la institución es la TCC, se sugiere la incorporación de procedimientos propios de este modelo que han demostrado su eficacia para el tratamiento de la obesidad, como psicoeducación, automonitoreo, control del estímulo, planes de reforzamiento de conductas saludables, reestructuración cognitiva (Rodrigo-Cano, 2017); además de sesiones

de entrenamiento en habilidades, ya sea para el manejo del estrés (Velásquez & Alvarenga, 2001), o para la regulación emocional (Lechuga Navarro & Gámiz Jiménez, 2005).

#### 6.4 Nuevas líneas de investigación

A partir del trabajo realizado en la institución, se puede pensar en investigar acerca de la relación entre la utilidad percibida por los pacientes y el aporte objetivo del trabajo grupal a la eficacia del tratamiento. Los resultados de la observación han permitido saber que la mayoría de los pacientes le otorgan un gran valor a la participación en los grupos de descenso y que los aspectos que destacan se pueden identificar con los factores terapéuticos propuestos por Yalom (2000). Tomando esta información como punto de partida, en un trabajo cuantitativo se podría evaluar el efecto de estos factores propios de los grupos sobre el éxito del tratamiento, diferenciando entre aquellos pacientes que concurren habitualmente a las reuniones, forman parte de grupos de Whatsapp y se sienten comprometidos con una identidad compartida y aquellos que tienen un menor grado de participación y de identificación con el grupo. Además de la pérdida de peso, que es la forma como actualmente se evalúa en la institución el resultado del tratamiento, se podrían considerar otras variables como medida de la eficacia de las intervenciones, por ejemplo las horas semanales de actividad física, los cambios concretos en los hábitos alimentarios, así como medidas de la satisfacción con la imagen corporal y de otras variables psicológicas. Una investigación de este tipo permitiría ir más allá de la percepción subjetiva de los pacientes, para establecer una medida más objetiva del impacto real que el formato de trabajo grupal tiene en el tratamiento de la obesidad.

## 7 Referencias bibliográficas

- Baile, J. I., & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 34(2), 253-261.
- Barbany, M., & Foz, M. (2002). Obesidad: concepto, clasificación y diagnóstico. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(2), 7-16.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1996). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, J., S. (2000) *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Canizalez-Quintero, S. (2008). Aspectos genéticos de la obesidad humana. *Revista Endocrinología y Nutrición*, 16, 9-15.
- Fernández-Moreno, C., Jiménez-García, Á., & Monserrat, E. (2007). Intervención grupal en la obesidad a través de la terapia. *Clínica*, 129(10), 387-91.
- García Milian, A. J., & Creus García, E. D. (2016). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-13.
- Gil Rodríguez, F. & Alcover de la Hera, C. (1999). *Introducción a la Psicología de los Grupos*. Madrid: Pirámide.
- Lafuente, M. D. (2012). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (14), 1490-1504.
- Lechuga Navarro, L., & Gámiz Jiménez, M.N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. *Aproximación cognitivo-conductual. Trastornos de la conducta alimentaria*, 2, 142-157.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Malo-Serrano, M., Castillo, N., & Pajita, D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 173-178.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Obesidad y sobrepeso*. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS; 2016). Modelo de perfil de nutrientes.

Washington, DC: OPS.

- Ortega, J., Fernandez-Canet, R., Alvarez-Valdeita, S., Cassinello, N., & Baguena-Puigcerver, M. J. (2012). Predictors of psychological symptoms in morbidly obese patients after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 8(6), 770–776.
- Pan, A., Sun, Q., Czernichow, S., Kivimaki, M., Okereke, O. I., Lucas, M., Hu, F. B. (2011). Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *International Journal of Obesity*, 36(4), 595–602.
- Pasco, J. A., Williams, L. J., Jacka, F. N., Brennan, S. L., & Berk, M. (2013). Obesity and the relationship with positive and negative affect. Australian & New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 47(5), 477–482.
- Pierri, A. (2011). Cuerpo y grupo. Una experiencia hospitalaria. En O. Saidón (Ed.), *La potencia grupal* (pp. 93-100). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Rajmil, L., Bel, J., Clofent, R., Cabezas, C., Castell, C., & Espallargues, M. (2017). Intervenciones clínicas en sobrepeso y obesidad: revisión sistemática de la literatura 2009-2014. *Anales de Pediatría*, 86(4), 197-212).
- Rivera, G., Bocanegra, A., Acosta, R. I., De la Garza, M., & Flores, G. (2007). Tratamiento de la obesidad; nuevas perspectivas. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 38(2), 48-56.
- Rodrigo-Cano, S., Soriano del Castillo, J., & Merino-Torres, J. (2017). Causas y tratamiento de la obesidad. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 37(4), 87-92.
- Rosales Ricardo, Y. (2012). Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1803-1809.
- Rubio, M. A., Martínez, C., Vidal, O., Larrad, A., Salas-Salvadó, J., Pujol, J. & Moreno, B. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Rev Esp Obes*, 4, 223-249.
- Ruiz, P. T., de Gracia Blanco, M., Quiroz, C. N., & Arce, G. L. (2014). Sobrepeso y obesidad en preadolescentes mexicanos: estudio descriptivo, variables correlacionadas y directrices de prevención. *Acta colombiana de psicología*, 17(1), 119-130.
- Sánchez-Muniz, F. J. (2016). La obesidad un grave problema de salud pública. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 1, 6-26.
- Simón, E., & Del Barrio, A. S. (2002). Leptina y obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25, 53-64.

- Velásquez, V. V., & Alvarenga, J. C. L. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), 91-96.
- Ventriglia, I., Chimirri, E., Fernández, D., & Lareu, T. (2012). *Obesidad. Otra mirada*. Buenos Aires: Editorial del Hospital.
- Vilallonga, L., Repetti, M., & Delfante, A. (2008). Tratamiento de la obesidad: abordaje nutricional. *Revista Hospital Italiano Buenos Aires*, 28(2), 63-70.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Zimerman, D. E. & Osorio, L. C. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zukerfeld, R. (2011). *Psicoterapia en la obesidad*. Buenos Aires: Letra Viva.