



UNIVERSIDAD DE PALERMO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

## **PRÁCTICA Y HABILITACIÓN PROFESIONAL**

### **TFI**

*Importancia de la terapia grupal cognitiva conductual para sostener el tratamiento de obesidad.*

Autor: **María Alfonsina Mallofré.**

TUTOR: **Lic. María Carmen Vieyra.**

## INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	4
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1. Breve descripción de la obesidad.....	5
3.2. Diagnóstico de la obesidad.....	5
3.3. Situación epidemiológica de la obesidad.....	7
3.4. Factores desencadenantes de la obesidad.....	7
3.4.1. Factores médico-clínicos de la obesidad.....	8
3.4.2. Factores psicológicos de la obesidad.....	9
3.4.3. Personalidad adictiva.....	10
3.4.4. Factores socioculturales de la obesidad.....	10
3.5. Consecuencias clínicas de la obesidad.....	11
3.6. El tratamiento de la obesidad.....	13
3.7. Terapia grupal cognitiva conductual en el tratamiento de obesidad.....	14
3.8. Importancia de la terapia grupal cognitiva conductual en el tratamiento de obesidad.....	16
3.9. Factores terapéuticos de la terapia grupal.....	17
3.10. Terapia grupal cognitiva conductual en grupos de descenso de peso.....	17
3.11. Terapia grupal cognitiva conductual en grupos de mantenimiento de peso.....	19
3.12. El método .....	20
4. METODOLOGÍA.....	22
4.1. Tipo de estudio.....	22
4.2. Participantes.....	22
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	22
5. DESARROLLO.....	23
5.1. Observación del grupo de descenso de peso.....	23
5.1.2. Características distintivas de la terapia grupal cognitiva- conductual en el tratamiento de obesidad en grupos de descenso.....	25

5.1.3. Importancia que los pacientes le atribuyen a la terapia grupal para sostener el tratamiento de obesidad.....	27
5.1.4. Importancia de la terapia grupal en el tratamiento de obesidad para promover cambios de conductas en los pacientes de grupos de descenso.....	29
5.2. Observación del grupo de mantenimiento de peso.....	31
5.2.1. Características distintivas de la terapia grupal cognitiva- conductual en el tratamiento de obesidad en grupos de mantenimiento.....	33
5.2.2. Importancia que los pacientes le atribuyen a la terapia grupal para sostener el tratamiento de obesidad.....	34
5.2.3. Importancia de la terapia grupal en el tratamiento de obesidad para promover cambios de conductas en los pacientes de grupos de mantenimiento.....	36
6. CONCLUSIÓN.....	38
7. BIBLIOGRAFÍA.....	42
8. ANEXO.....	45

## **1. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo surge como una integración de las 320 horas de la Práctica y Habilitación Profesional en una institución privada dedicada al tratamiento de la obesidad y otros desórdenes alimentarios. Su objetivo principal es la modificación de hábitos nocivos relacionados con la comida, a partir de la toma de conciencia respecto a límites, excesos y comidas.

La misma brinda planes nutricionales personalizados, educación alimentaria, terapias individuales o grupales y actividad física adaptada para todas las etapas vitales (la niñez, la adolescencia, la adultez y la tercera edad) y distintos niveles de sobrepeso.

Los programas a seguir están todos basados en los conceptos de corte, medida y distancia con la comida y la detección de los vínculos adictivos con ciertos alimentos.

La práctica se realizó observando y participando de encuentros diarios en diferentes grupos, motivo fundamental por el cual ha surgido la elección del tema a desarrollar en el presente trabajo final de integración.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

1) Identificar y analizar la importancia de la terapia grupal cognitiva-conductual para sostener el tratamiento de obesidad en grupos de descenso y grupos de mantenimiento.

### **Objetivos Específicos**

1) Analizar las características distintivas de la terapia grupal cognitiva-conductual en el tratamiento de obesidad en grupos de descenso y grupos de mantenimiento.

2) Identificar y analizar la importancia que los pacientes le atribuyen a la terapia grupal para sostener el tratamiento de obesidad.

3) Analizar la importancia de la terapia grupal en el tratamiento de obesidad para promover cambios de conductas en los pacientes de grupos de descenso y grupos de mantenimiento.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. Breve descripción de la obesidad.**

En los últimos años el estudio de la obesidad ha sido abordado por varios autores, adquiriendo una gran trascendencia debido a la elevada prevalencia de dicha enfermedad a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (2006) define a la obesidad como una tendencia genético metabólica a la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Braguinsky (1997) señala que la obesidad es una enfermedad epidémica, metabólica, crónica, heterogénea y estigmatizada, caracterizada por el exceso de grasa corporal cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo.

Así mismo, Kaplan (2009) define a la obesidad como una enfermedad compleja, resultado de una combinación de susceptibilidad genética, mayor disponibilidad de alimentos con alto contenido calórico y la reducción de la actividad física característica de la sociedad moderna.

Por otro lado, Cormillot (2005) asegura que se trata de una enfermedad biológica que tiende a la cronicidad y a las recaídas, y que su manejo debe pasar especialmente por lo psicológico ya que lo que se procura es un cambio de la conducta y que como ocurre con la mayoría de las adicciones, es recuperable únicamente a través del contacto con la gente que la padece.

#### **3.2. Diagnóstico de la obesidad.**

Foz (2002) cita a Quételet quien publicó en 1835 la curva Antropométrica de distribución de la población belga y propuso que el peso corporal debía ser corregido en función de la estatura ( $\text{Kg.} / \text{m}^2$ ). Este índice de Quételet, es en la actualidad conocido como índice de masa corporal (IMC) y generalizado como medición de la obesidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (2006) el índice de masa corporal (IMC) el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros ( $\text{Kg.} / \text{m}^2$ ), es un indicador fundamental de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. El IMC constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, debe considerarse como una guía aproximativa, debido a que puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos. Define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21.

Otra forma de medir la distribución de la grasa es el Índice de Cintura Cadera (ICC), que resulta de dividir el valor de la circunferencia de la cintura por el de la cadera. Dicho índice no debe superar el valor de 0,80 en mujeres y de 0,90 en varones. Un ICC mayor a 1 en varones y mayor de 0,85 en mujeres, aumenta sustancialmente el riesgo de complicaciones, aún cuando el IMC es normal (Cormillot, 2004).

La obesidad no se encuentra clasificada como trastorno psiquiátrico en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV), a diferencia de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud, en cuyo capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento figura el cuadro de “hiperfagia en otras alteraciones psicológicas” (F50.4). En él se incluye la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes que darían lugar a la denominada *obesidad reactiva*, como ser dueños, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionales estresantes. El CIE 10 aclara que la obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y eso desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales o exagerar la valoración subjetiva de las dimensiones corporales. Por otro lado, diferencia a la obesidad reactiva de la obesidad inducida por causas externas como los fármacos (Rovira, 2006).

### **3.3. Situación epidemiológica de la obesidad.**

El surgimiento de la obesidad como una problemática de salud, y particularmente como un objeto de análisis desde una perspectiva de salud pública, ha cobrado un interés preponderante en los últimos años.

La Organización Mundial de la Salud (2007) considera a la obesidad como un problema de salud pública de carácter mundial, que es catalogada como una enfermedad crónica que se caracteriza por presentar numerosas complicaciones. Por lo anteriormente citado y aunado a su alta prevalencia, la cual aumenta de manera sostenida en el mundo, ha conllevado a considerarla una epidemia. Señala que gran parte de la población mundial tiene sobrepeso y de acuerdo con algunas proyecciones, para el primer cuarto de este siglo la mitad de la población mundial tendrá algún grado de obesidad o sobrepeso si no se aplican políticas públicas adecuadas para tratar y poner freno a la expansión de la enfermedad. Calcula que en el año 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

En Argentina, las estadísticas demuestran que la obesidad se encuentra en una escalada que no se detiene .

En el año 2009, en Argentina se sancionó la ley de obesidad. Esta ley aprobada por el Senado argentino considera la obesidad como una enfermedad y contempla su tratamiento en el sistema nacional de salud y las sociedades médicas. Esto implica que el sistema nacional de salud y las sociedades médicas deberán atenderla, incluyendo los tratamientos nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos y farmacológicos.

#### **3.4. Factores desencadenantes de la obesidad.**

La Organización Mundial de la Salud (2007) sostiene que la causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, fundamentalmente, a la modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes, así como también a la tendencia a la disminución

de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

Según Cormillot (1991) los factores desencadenantes de la obesidad son todos los hechos psicológicos, fisiológicos y sociales que suceden en la vida de un individuo y que pueden provocar estados de estrés o generar tensiones que pongan, a su vez, en movimiento, todo lo que está latente para que se convierta en manifiesto. Todo lo que signifique un cambio, bueno o malo, puede actuar como factor desencadenante de la obesidad.

Se explica la obesidad como un exceso de grasa corporal que afecta a la salud psicofísica del individuo. Es una enfermedad multicausal que no discrimina en lo que a género se refiere, tanto que hombres como mujeres la padecen y en porcentajes similares, así como tampoco discrimina etapas del ciclo vital. Al investigar las causas de esta enfermedad observa un complejo entrecruzamiento de factores bioquímicos, metabólicos, conductuales y genéticos que no se pueden desligar del entorno familiar, social y cultural.

#### **3.4.1. Factores médico-clínicos de la obesidad.**

Cormillot (1991) explica que los factores médico-clínicos pueden actuar directamente o combinados con mecanismos psicológicos. Por ejemplo:

- Menarca: muchas adolescentes comienzan a engordar después de la primera menstruación que es, a veces un proceso traumático que se agrega a la natural ansiedad de la crisis adolescente. Por otra parte, la eclosión hormonal puede estimular la aparición de desarreglos metabólicos.
- Menopausia: esto es válido también para la finalización del período fértil de la mujer.
- El embarazo: es una situación típicamente desencadenante de la gordura, enfatizada por el manejo de hábitos erróneos.
- Enfermedades: que pueden ser de diverso tipo, incluyendo las que afectan a las glándulas de secreción interna. También cuadros crónicos que obliguen a estar mucho tiempo en cama.
- Intervenciones quirúrgicas: en general, la extirpación de un órgano puede actuar como desencadenante de la obesidad.



- **Tratamientos inadecuados:** muchas veces un sobrepeso apenas estético, si es tratado con pastillas, es decir, con anfetaminas o drogas similares, puede favorecer a la obesidad, ya que después provocan un aumento mayor de peso, o rebote. Por otra parte su influencia es también negativa porque generan la falsa idea de que la única manera posible de bajar de peso es tomando algo.

En cuanto a los factores genéticos desencadenantes de la obesidad, Reed (1997) señala que no solo se hereda la predisposición a la adiposidad y la distribución de la grasa corporal, sino también los factores conductuales tales como la preferencia por ciertos alimentos, la elección del intervalo entre comidas, el grado de compensación calórica en respuesta a la restricción de alimentos y la inclinación por la actividad física.

Azcona San Julián (2008) sostiene que en una familia genéticamente predisponente, el riesgo de ser obeso puede estar atribuido al seguimiento de hábitos similares en la alimentación. Esta base genética puede actuar a través de diferentes mecanismos entre los que se encuentran la preferencia por determinados alimentos, el gasto energético, el patrón de crecimiento, la distribución de la grasa y el grado de actividad física.

### **3.4.2. Factores psicológicos de la obesidad.**

Según Cormillot (1991) existen situaciones psicológicas desencadenantes de la obesidad. Algunos ejemplos son:

- **Nacimiento de un hermano:** puede producir celos o rivalidad, o simplemente una situación de cambio.
- **Comienzo de la escolaridad:** es un período crítico donde diferentes situaciones de ansiedad pueden actuar como factores desencadenantes.
- **Casamiento:** en muchos casos se combinan hechos como: problemas de sexualidad, sobrevaloración de las aptitudes culinarias de la mujer, ideas conscientes o inconscientes de la gordura como sinónimo de opulencia y belleza, ideas conscientes o inconscientes de la gordura como síntoma de espíritu maternal y de decencia, el impacto por el cambio de vida o el abandono de actividades físicas.

Cormillot (1991) explica que una vez declarada la enfermedad, el obeso desarrolla una característica psicológica que muchas veces la perpetúa; relacionar todos, o casi

todos, los conflictos de su vida con la comida. Esta se presenta como la solución rápida y fácil para escapar de estados variados de displacer. Frente al problema, siente que necesita comer determinado tipo de alimentos o vuelca su ansiedad comiendo con voracidad.

### **3.4.3. Personalidad adictiva.**

Se define la personalidad adictiva como aquella que no solo tiene necesidades fisi-químicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo. La enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados:

- El objeto droga: la comida es tóxica ingerida en exceso porque abandona su función específica de nutrición, alimentación y placer para transformarse en un acceso a la enfermedad física y psíquica. La adicción a la comida está dada por la cantidad que se ingiere de ciertos alimentos que generan esta particular dependencia.
- La persona: una de las características fundamentales de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta ni con su cuerpo ni con su comportamiento, ya que actúa en forma demandante e invasora y, a la vez, se deja invadir.
- La familia: lo que determina que una persona se convierta en vulnerable frente a la adicción es fundamentalmente el clima familiar, es decir, la manera en que se relacionan unos con otros.
- Factores socioculturales: la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño. Asimismo la sobreestimulación y la oferta alimentaria hacen más vulnerable a la persona.

La obesidad no es una enfermedad adictiva, pero el comer si lo es, y la obesidad es su consecuencia.

### **3.4.4. Factores socioculturales de la obesidad.**

Vilallonga, Repetti & Delfante (2008) establecen que es muy importante identificar los distintos factores socioculturales que ayudan a sostener el sobrepeso o la obesidad. Señalan que para poder lograr esto, es fundamental conocer la historia fami-

liar del paciente e identificar en qué etapa de la vida comenzó a tener problemas de sobrepeso. Explican que el exceso de alimentación durante el período prenatal y la lactancia, la malnutrición materna, el tipo de estructura familiar, el nivel socioeconómico, el clima, la falta de ejercicio físico y el fácil acceso a la comida están implicados en la patogénesis de la obesidad.

En las últimas décadas se han acumulado evidencias acerca de las influencias socioculturales en el desarrollo de esta enfermedad crónica. El rápido crecimiento de esta epidemia encuentra su explicación en que actualmente se vive en un entorno tóxico que predispone al desarrollo de la enfermedad. Entre las características del medio ambiente tóxico se destacan: la mayor disponibilidad de alimentos con alto contenido de grasas, azúcares y de bajo contenido nutricional, el sedentarismo impulsado por trabajos que requieren poca actividad física, los medios de transporte, el aumento de consumo de televisión, el uso de computadoras y otras tecnologías que ahorran esfuerzo, el tamaño de las porciones y la elevada publicidad de alimentos con alto contenido de calorías y pobres en nutrientes (Cormillot, 2004).

La organización Mundial de la Salud (2007) afirma que si bien antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando considerablemente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano.

### **3.5. Consecuencias clínicas de la obesidad.**

En los últimos veinte años, la obesidad se ha convertido en el problema nutricional de mayor prevalencia en el mundo.

Existe una asociación directa entre obesidad y las siguientes enfermedades:

- Diabetes Tipo II: el 70% de los obesos adultos la padece. Está comprobado que la obesidad favorece el desarrollo de resistencia en los receptores de la insulina (hormona encargada de metabolizar el exceso de azúcar en sangre).
- Hipertensión arterial, enfermedad cardio-vascular coronaria y enfermedad cerebro-vascular: este grupo de patologías generalmente se asocia a la obesidad debido a un incremento de grasas en sangre, que obstruye las paredes arteriales, generando un mayor trabajo cardíaco y menor oxigenación de los órganos.

- Reflujo gastro esofágico: es la subida anormal del ácido gástrico al esófago, debido a ingestas abundantes.
- Hígado graso: es un excesivo depósito de grasa en el hígado, con agrandamiento y pérdida de tejido sano. Puede desencadenar en cirrosis pero es reversible con el adelgazamiento y una dieta sana.
- Disnea o fatiga respiratoria: es una disminución de la capacidad respiratoria.
- Apnea de sueño: es un trastorno respiratorio caracterizado por la aparición de pausas e interrupciones en la respiración durante el sueño.
- Dislipidemia: es la alteración del metabolismo de las grasas.
- Osteoartritis: es una inflamación articular agravada, y a veces producida, por el peso excesivo.
- Cáncer: el cáncer de mama, de estómago, de esófago, de páncreas, de próstata y colon, tienen una incidencia de 25 % mayor en personas obesas.

La obesidad se encuentra asociada con un número de problemas específicos relacionados al peso, que pueden afectar adversamente la calidad de vida del individuo que la padece, aunque no sean tan severos para dar lugar a complicaciones clínicamente significativas (Stunkard & Wadden, 1992; Stunkard & Sobal, 1995).

Cormillot (1991) agrega que la obesidad no implica solamente un riesgo mayor de contraer o empeorar otras enfermedades, ni tampoco un problema exclusivamente físico. La obesidad en si misma provoca variados problemas psicológicos que van desde trastornos en la imagen corporal o dificultades para formar pareja hasta depresiones profundas. Es importante destacar que los problemas psicosociales pueden tanto desencadenar la enfermedad como ser una consecuencia de la misma o, incluso, puede darse en una misma persona que sean, a la vez, un desencadenante y un factor de agravamiento. En general, se considera que los problemas psicológicos más importantes derivados de la enfermedad son; tendencia al aislamiento, reacciones fóbicas, depresión, hostilidad, dificultades sexuales, trastornos del esquema corporal y sentimientos de inferioridad. Es habitual ver como el paciente obeso se retrae y encierra. Este proceso se da de forma directamente proporcional al sobrepeso y se agrava notablemente si el medio social es prejuicioso u hostil. Cuando la sociedad rechaza o intenta cambiar la conducta del obeso, éste muchas veces tiene una reacción francamente hostil, aunque en algunos casos

trata de ocultarla. Otros obesos, especialmente las mujeres, reaccionan fóbicamente, huyendo del medio y aumentando el aislamiento, lo cual puede agravar las tendencias depresivas que lo caracterizan. El rechazo social genera sentimientos de inferioridad que pueden llegar a agravar notablemente la enfermedad, exacerbando la tendencia al aislamiento y los sentimientos hostiles y depresivos.

### **3.6. El tratamiento de la obesidad.**

Braguinsky (1997) afirma que en el tratamiento de la obesidad, es fundamental que el paciente incorpore en el mediano y largo plazo patrones conductuales cuidadosos en cuanto a la ingesta de calorías, grasas y azúcares concentrados y a ser físicamente activo. Explica que si no se produce un cambio personal, no hay posibilidades de éxito terapéutico. Si lo que logra el paciente es solo un descenso ponderal, es probable que ni eso haya logrado, ya que en el corto, mediano o largo plazo volverá a su peso inicial. El tratamiento debe orientarse a enfatizar sus efectos sobre la salud y el bienestar del paciente. Es necesario poner especial atención en la motivación y el aprendizaje. El profesional debe conocer el nivel de motivación del paciente obeso. Cuando la motivación decae, es en ese momento en el que el paciente debe hacer uso de lo que ha aprendido en cuanto a nuevas técnicas conductuales.

Rovira (2006) plantea que los tratamientos de la obesidad en la esfera psicológica tienen dos vertientes: psicofarmacológica y psicoterapéutica. En relación a la primera, se emplea principalmente medicación sedante, en general derivados de los benzodiazepínicos en dosis suficientes para calmar la ansiedad sin provocar somnolencia, teniendo en cuenta que pueden causar un mayor o menor grado de adicción y que se está suministrando a pacientes que tienen tendencia a generar dependencias. Frente a la sintomatología depresiva podrán indicarse los antidepresivos inhibidores de la receptación de serotonina como, paroxetina, fluoxetina y sertralina, que tienen más bien una acción moderadora del apetito. Con frecuencia, los cuadros distímicos acompañados de ansiedad presentan insomnio de conciliación, para lo cual están indicados los inductores del sueño habituales.

En cuanto a las psicoterapias empleadas, Rovira (2006) destaca las individuales con un encuadre teórico psicodinámico, con el objetivo de conseguir que el paciente modifique determinadas fallas en la estructura de su personalidad, que son las que lo llevan a recurrir a la descarga oral para compensar sus ansiedades. También menciona las

terapias con encuadres de tipo conductual, que buscan alcanzar modificaciones en los patrones de conducta relacionados con la ingesta.

Por otro lado, Facchini (1999) sostiene que es importante en el tratamiento de la obesidad, el establecimiento de una alianza terapéutica en la que el profesional tratante sea capaz de brindar al paciente apoyo con una actitud no enjuiciadora, poniendo especial cuidado en no reforzar la culpa y en la sensación de fracaso que el paciente obeso ya posee. Destaca la importancia de entrenar al paciente para adquirir un rol activo, como parte fundamental del proceso terapéutico, lo cual se logra a través de una relación de respeto y confianza mutua. Plantea que los recursos técnicos para abordar la problemática del paciente obeso en el marco de la interdisciplina son; múltiples y variados y van desde lo más propio del médico o nutricionista hasta lo más específico del psicólogo o psiquiatra.

Cormillot (2008) señala que dado que la obesidad no tiene actualmente una cura definitiva, el tratamiento debe apuntar no solo a reducir el peso y mantenerlo en niveles considerados saludables sino que debe orientarse a modificar hábitos de estilo de vida como la alimentación y la actividad física. Considera fundamental dentro del programa para perder peso la inclusión tanto de los médicos, nutricionistas y psicólogos entrenados en el tema como de talleres educativos y asesoramiento alimentario.

### **3.7. Terapia grupal cognitiva conductual en el tratamiento de obesidad.**

Según Facchini (1999) la terapia cognitiva conductual es un tipo de abordaje, basado en el modelo original de la depresión y el estrés, que promueve el cambio de conductas, independientemente del origen de las mismas y desarrolla numerosas estrategias alternativas frente a las dificultades. El pionero del tratamiento conductual de la obesidad fue Richard Stuart a fines de la década del sesenta. Esta modalidad terapéutica estuvo, en sus orígenes, fundamentalmente orientada a reducir el ingreso energético y a aumentar la actividad física. Más tarde se fue sofisticando y complementando, con el objetivo de focalizar en una mejor nutrición, en contraposición a una dieta rígida, en lograr la mejoría de las relaciones interpersonales, en desarrollar actitudes menos disfuncionales acerca de la alimentación y el control de peso y en afianzar el logro del descenso de peso. Es una terapia estructurada y limitada en el tiempo, que aborda las relaciones entre los pensamientos, afectos y comportamientos, sobre la premisa de que la estructura cog-

nitiva precede al sentimiento y a la acción. Muchos de sus procedimientos pueden ser utilizados por médicos y nutricionistas entrenados en su uso y constituyen componentes necesarios para el tratamiento adecuado de la obesidad.

En la terapia grupal cognitiva conductual se toma como eje la conducta del paciente y se trabaja sobre ella para modificarla. Se trabaja primero sobre el síntoma, y una vez que el paciente logra hacer la dieta perfecta, puede indagar con mayor lucidez mental en las causas profundas del desborde con la comida. Se trabaja sobre las conductas de base que sostienen esta enfermedad; el descontrol, el autoengaño, la falta de límites y la dependencia .

Se plantea que la posibilidad de orientar un tratamiento terapéutico dependerá no solo del marco teórico del terapeuta y de sus herramientas sino de la confluencia de estas con el estilo del paciente. Aclara que el éxito dependerá de la permeabilidad para incorporar nuevas estrategias. Para desentrañar el mecanismo adictivo se basa en la terapia cognitiva conductual con el objetivo de desarticular las creencias erróneas del paciente al mismo tiempo que le facilita herramientas conductuales para el cambio.

La conceptualización individualizada de los sistemas de creencias de cada paciente y las habilidades de afrontamiento a largo plazo para manejar las preocupaciones cotidianas, así como tratar los impulsos, las conductas compulsivas, se complementan con las reuniones de grupos periódicos (Beck & Wright, 1999).

Beck (1967) se ha referido a la terapia cognitiva como un proceso de empirismo colaborativo, en el que paciente y terapeuta trabajan juntos a la hora de establecer las metas, acuerdan los asuntos a tratar en cada sesión, y buscan y examinan sistemáticamente, la evidencia a favor y en contra de las creencias del paciente. Se le ayuda al paciente a realizar descubrimientos guiados y a diseñar experimentos conductuales, para poner a prueba la validez de sus pensamientos y supuestos. El terapeuta cognitivo puede también actuar de un modo más directivo, a modo de un educador o entrenador. La meta principal de la terapia cognitiva es conseguir el alivio sintomático, ayudando a los pacientes a ser conscientes y cuestionar sus pensamientos e imágenes automáticas. Para que el cambio sea duradero, hay que centrarse en la reestructuración de las actitudes disfuncionales y del sistema de creencias responsables de los pensamientos automáticos.

Algunas técnicas cognitivas utilizadas, pueden ser, ayudar al paciente a etiquetar la distorsión, examinar la evidencia a favor y en contra de sus suposiciones, cuestionar las afirmaciones absolutas utilizando la interrogación gradual, evaluar las probabilidades de los resultados y examinar otras posibles explicaciones o atribuciones para los sucesos. Los cambios en estos pensamientos conducen a cambios en los sentimientos y en la conducta (Beck & Wright, 1999).

### **3.8. Importancia de la terapia grupal cognitiva conductual en el tratamiento de obesidad.**

La terapia cognitiva conductual es una estrategia, una herramienta aplicable a cualquier tratamiento que implique cambio de conducta y comportamiento. Es decir, no un abordaje exclusivo para una afección en particular, sino una forma de hacer frente a una problemática como la obesidad o el sobrepeso que requiere una intervención a largo plazo y en la cual el estilo de vida es un punto importante (Montero, 1997).

La terapia grupal constituye una herramienta eficaz en el tratamiento de la obesidad, ya que permite que el paciente se sienta contenido, y comparta vivencias y experiencias con sus pares, teniendo un control y seguimiento más frecuente respecto a su dieta. En las reuniones grupales, los pacientes comentan las vivencias de la semana respecto a sus logros y dificultades, se evalúan los recordatorios de comidas, se realiza educación alimentaria, se trabaja la imagen corporal, se conversa sobre los disparadores emocionales que influyen en los hábitos alimentarios, se educa en el cambio de hábitos y estilo de vida y se incentiva la actividad física desde lo terapéutico (Vilallonga, Repetti & Delfante, 2008).

La terapia grupal es fundamental para que los pacientes mantengan la constancia y fortalezcan la voluntad. Destaca que el sentirse acompañado en el tratamiento de la obesidad es importante para obtener resultados concretos, casi inmediatos, a diferencia de lo que significa hacer la dieta por cuenta propia sin asistir al grupo. Explica que los grupos suelen ser tan efectivos en la mayoría de las personas porque funcionan en distintos aspectos psíquicos. En estos, hay espejo, reflexión, comparación, competencia, dinamismo, conceptos claros y filosofía de vida. Los grupos terapéuticos no buscan una terapia emocional sino que las emociones se ubiquen en el lugar que les corresponde. Se



trata, principalmente, de deshacer el vínculo que no se desliga del exceso, compartiendo este proceso con otras personas que están en la misma situación.

Según Beck (2000) los efectos de la terapia cognitiva son fruto de las intervenciones diseñadas para identificar, comprobar en la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y los esquemas disfuncionales.

### **3.9. Factores terapéuticos de la terapia grupal.**

Yalom (2000) sostiene que el cambio terapéutico es un proceso complejo que sucede a través de un intrincado intercambio de experiencias humanas, a las cuales se refiere como factores terapéuticos. El autor desarrolló un inventario de base empírica constituido por once factores: infundir esperanza, universalidad, transmitir información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, comportamiento imitativo, catarsis, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, factores existenciales, cohesión del grupo y aprendizaje interpersonal. Las distinciones entre estos factores son arbitrarias; aunque los considera aisladamente, son interdependientes y ninguno sucede ni opera separadamente. Destaca que la terapia de grupo no solo se diseña partiendo de una mejora general de los efectos positivos de las expectativas del paciente, sino que también se beneficia de la fuente de esperanza que es inherente únicamente a la modalidad de grupo. Los grupos terapéuticos contienen individuos que están en diferentes puntos de un continuo para hacer frente al fracaso. De este modo, cada miembro tiene un contacto con otros que mejoraron como efecto del tratamiento y el hecho de observar esta mejora, refuerza las conductas positivas, infunde y mantiene la esperanza.

### **3.10. Terapia grupal cognitiva conductual en grupos de descenso de peso.**

La Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios, SAOTA (2008) plantea que el enfoque cognitivo conductual es una opción para bajar de peso. Su finalidad es lograr la modificación real de la conducta y los hábitos alimenticios de las personas, estableciendo objetivos alcanzables y sobre todo posibles de medir mediante diversos sistemas; utilizando distintas estrategias:

- Automonitoreo: según el cual el paciente debe registrar sus hábitos y tener noción sobre su alimentación diaria a fin de conocer y detectar sus situaciones críticas.

- Control de estímulos: tiene que ver con el manejo de las situaciones ambientales que se relacionan a la sobrealimentación y la baja actividad física.
- Reestructuración cognitiva: entendida como la modificación de pensamientos, creencias y necesidades que surgen desde el interior de cada uno.
- Manejo del estrés: es un aspecto fundamental para reducir la ansiedad.
- Apoyo social: se obtiene de la interacción con otros pacientes.

En el proceso de adelgazamiento se trabaja con dos aspectos fundamentales: el conductual y el nutricional. Sostiene que lo importante es adelgazar para cambiar los hábitos y no cambiar los hábitos para adelgazar. A medida que se desciende de peso, los hábitos se van modificando gracias al estímulo que representa verse bien. En el tratamiento de obesidad, se está tratando con un problema de conducta, una adicción o tendencia al exceso de comida, y si éste aspecto no se resuelve, la reincidencia en el engorde es inevitable. Lo visible, el síntoma, es el cuerpo que habla desde su voluptuosidad, pero hay que ir mas allá, a las conductas que llevan al exceso y al cuerpo desmedido. Para empezar una dieta la persona obesa o con sobrepeso debe disponerse a recibir ayuda para limitar su desborde. Esta debe ser su posición y su compromiso: dejarse ayudar y confiar. Es prioritario ofrecerle al paciente un sistema coherente y contenedor, pero que lo confronte con su debilidad.

La confrontación tiene el objetivo de desarticular las defensas así como de cambiar las creencias acerca de su problema, ir desde una orientación externa (el control esta fuera de mí) hacia una orientación interna (soy responsable del exceso de comida y de mi recuperación) (Ravenna, 2006).

Linehan (2001) enfatiza la importancia de la confrontación directa, del carisma de los terapeutas, del alto grado de motivación del equipo de trabajo y del compromiso día a día con los pacientes.

### **3.11. Terapia grupal cognitiva conductual en grupos de mantenimiento de peso.**

Una vez que se llegó al peso objetivo, mantenerlo se convierte en el principal desafío. Es de suma importancia instaurar las estrategias necesarias para motivar al paciente y lograr el mantenimiento del peso alcanzado. Un mantenimiento de peso exitoso se define como una ganancia de peso menor de 3 kg en dos años, y una reducción soste-

nida en la circunferencia de la cintura de al menos 4 cm. (Vilallonga, Repetti & Delfante, 2008).

Cormillot (1991) agrega que el peso alcanzado varía según el sexo, la estatura, la contextura, la edad, el grado de obesidad y el tiempo que se ha tenido sobrepeso (si una persona ha mantenido su sobrepeso durante 20 o 30 años tendrá que tener algunos kilos de más durante cierto lapso). También influye la edad en que se comenzó a engordar y la forma del cuerpo.

En los grupos de mantenimiento se trabaja la histórica relación problemática con la comida de cada paciente, se escucha y se muestran las dificultades, los obstáculos, la alegría y el sostenimiento de logros. Estos grupos son una manera de hacer que el tiempo pase y se empiece a escribir una nueva historia de flaco. En el proceso de mantenimiento, la comida es sustancialmente la misma que la puesta en práctica durante el descenso de peso. No existe la dieta de mantenimiento sino un leve aumento en la cantidad de porciones, no de tamaño. Las únicas comidas prohibidas serán aquellas profundamente adictivas para algunos, que contienen harinas y azúcares capaces de generar dependencias químicas. Salvo esta excepción, el paciente que ha llegado a su peso puede comer cualquier tipo de alimentos, siempre en pequeña cantidad. La intención en los grupos de mantenimiento es que los pacientes aprendan una medida y que sientan que eligen su comida dentro de todas las opciones posibles. Finalmente, el autor establece que una vez que se llega al peso deseado es necesario comenzar a trabajar en profundidad sobre el reconocimiento de la nueva imagen corporal. Es decir, consolidar la relación del paciente consigo mismo y con el medio.

Según Zukerfeld (1996) la imagen corporal es una estructura psíquica que incluye la representación consciente e inconsciente del cuerpo en tres registros distintos. El registro de “forma” corresponde a la noción de esquema corporal, comprende todas las percepciones conscientes de la dimensión, la postura, los movimientos y la superficie corporal, asequibles a los órganos de los sentidos. El registro del “contenido o interioridad”, incluye la percepción de las sensaciones propioceptivas, cinestésicas, habitualmente preconscientes, que incluyen las series hambre-saciedad, tensión-distensión y dolor-no dolor. Por último, el registro del “significado”, se corresponde con la noción de cuerpo erógeno, incluye el conjunto de representaciones inconscientes que constituyen

la singularidad del deseo, adquieren expresión simbólica y son parte de vínculos intersubjetivos.

### **3.12. El método**

El método terapéutico para el tratamiento de la obesidad utilizado en la institución elegida, propone un tratamiento nutricional, médico y terapéutico acompañado con actividad física adaptada. Fundamentado en tres pilares nutricionales conceptuales y conductuales basados en el concepto de corte inmediato con los excesos para poder reconocer el malestar, la medida en la porción, el cuerpo y la ropa, para poder tener equilibrio y sobriedad y, distancia entre las comidas y con la comida para lograr objetividad y lucidez.

Para ingresar a la institución se deben realizar las consultas médico clínica, psicológica y nutricional como requisito previo. Una vez admitido y diseñado el tratamiento se les indica a los pacientes una dieta personalizada VLCD (dieta de muy bajas calorías), que tiene la característica de introducir al paciente en un estado llamado “acidosis” que le posibilitará mantener el tratamiento sin mayores dificultades. Las dietas muy hipocalóricas (DMBC, dietas de muy bajas calorías), aunque contienen niveles de energía menores a los que habitualmente se indican, incluyen una dosis diaria de todos los requerimientos nutricionales esenciales. Han sido utilizadas en la medicina clínica por más de cuarenta años, lo cual avala su seguridad y eficacia. Se usan como la única fuente de nutrición durante ocho a dieciséis semanas alternas y permiten, por lo general, un descenso de peso de entre 1,5 y 2,5 kilos por semana.

Cuando se sigue una dieta restringida, en principio, desciende la temperatura corporal, lo que disminuye el nivel de azúcar en sangre aproximadamente un 15 % y reduce los riesgos de daño celular. A la vez, la selección y reducción de alimentos implica un menor daño por parte de los radicales libres: cuanto más energía acumula el cuerpo, cuanto más grasa acumulada quema, hay más liberación de radicales libres. Por otra parte, las dietas hipocalóricas reducen la variedad de toxinas que ingresan al organismo y éste puede, entonces, eliminarlas con mayor rapidez. En el último tiempo se ha descubierto que la selección adecuada de alimentos y nutrientes, así como los períodos de restricción alimenticia, producen un efecto de rejuvenecimiento y refuerzo del sistema inmunitario.

A los pacientes, se les propone tratamiento terapéutico grupal y de considerarse necesario, un seguimiento psicológico individual.

Allí funcionan grupos de descenso veloz, intensivos de catorce días de duración llamados CLAVE (Control y Límites en Adelgazamiento Veloz); grupos de siete días llamados INTERCLAVE, son grupos de reflexión pensados para corregir y mejorar lo que no se alcanzó en el Clave; hay grupos VALE, tienen lugar cada quince días y duran todo el fin de semana; grupos semanales de descenso; grupos de niños y de adolescentes y grupos de mantenimiento.

Una de las premisas fundamentales del tratamiento es tener presente que se baja de peso por lo que se come y no por lo que se deja de comer. Lo que se come debe estar delimitado por una medida; y ésta es, la pequeña porción.

Cuanto menos se come, menos hambre se tiene. Esto se explica debido a que al comer pocas calorías, el cuerpo debe recurrir a las reservas de energía contenidas en la grasa. Al quemarse, dicha grasa bloquea rápidamente, por medio de mecanismos fisiológicos, los centros que producen el hambre.

Lo primero es el corte con la comida y con el desborde; luego hay que centrarse en la medida justa de los alimentos.

Un rápido descenso inicial conforma el estímulo principal para luego cambiar los hábitos. Este descenso se logra con la implementación de dietas eficaces, hipocalóricas, y con supervisión paso a paso y día a día.

Los controles médicos, nutricionales y psicológicos se deben realizar como mínimo una vez al mes. Si el paciente pierde continuidad en el tratamiento, debe habilitar el ingreso al mismo pasando por todas las consultas antes mencionadas.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo de estudio:**

Descriptivo.

#### **4.2. Participantes:**

Este estudio constó por un lado de la observación de un grupo de descenso veloz, intensivo de catorce días de duración llamado CLAVE (Control y Límites en Adelgazamiento Veloz) conformado por cincuenta pacientes adultos y de tercera edad entre 21 y 75 años de edad, de ambos sexos, coordinado por un médico especialista y dos psicólogas. Y por otro lado de la observación de un grupo de mantenimiento. El mismo está conformado por treinta pacientes adultos y de tercera edad entre 21 y 75 años de edad, de ambos sexos y es coordinado por dos psicólogas.

#### **4.3. Instrumentos:**

Registro de observaciones del grupo de descenso y el grupo de mantenimiento y entrevistas individuales a cinco pacientes del grupo de descenso y a cinco pacientes del grupo de mantenimiento a fin de indagar sobre las características de la terapia grupal y la importancia que tiene la misma para sostener el tratamiento de obesidad.

#### **4.4. Procedimiento:**

Para la recopilación de datos se observó el grupo de descenso veloz cuya duración es de catorce días de dos horas por cada encuentro y el grupo de mantenimiento. Además se realizaron entrevistas individuales con los pacientes a fin de recopilar información sobre el grupo terapéutico al que asisten, el tiempo que hace que asisten al mismo, la cantidad de kilos bajados, la importancia que le atribuyen a la terapia grupal para sostener el tratamiento de obesidad y los cambios más significativos que se generan a partir de la asistencia a los grupos.

### **5. DESARROLLO**

A continuación se procederá a describir las observaciones presenciadas en el grupo de descenso de peso y en el grupo de mantenimiento de peso, a fin de poder hacer un análisis pormenorizado a la luz de los objetivos del presente trabajo.

#### **5.1. Observación del grupo de descenso de peso.**

En la asistencia al “Grupo Clave” (Control y Límites en Adelgazamiento Veloz), se pudo observar a los distintos pacientes que llegan al centro para reunirse y poder hablar de su problemática.

El grupo está conformado por cincuenta pacientes adultos y de tercera edad entre 21 y 75 años de edad, de ambos sexos.

En el grupo participan pacientes con distintos niveles de obesidad y sobrepeso, obesos recuperados recidivantes con pocos kilos de sobrepeso como recidivantes con muchos kilos de más, pacientes con insatisfacción de la imagen corporal, comedores nocturnos, embarazadas, diabéticos, hipertensos, pacientes oncológicos y pacientes que no pueden movilizarse a causa de su sobrepeso.

Antes de comenzar el grupo, los pacientes toman asiento, y mientras beben algún tipo de bebida permitida en la dieta, comentan entre ellos, cómo fue el día anterior respecto a la dieta, y si bajaron o no de peso. Todos hablan de manera muy fluida, notándose un trato amable y cordial entre ellos.

Al llegar los profesionales, los pacientes hacen silencio, poniendo especial interés en las palabras de los coordinadores.

Cuando llegan pacientes nuevos al grupo, se les pregunta por qué están ahí, si hicieron la consulta con la nutricionista, cuántos kilos tienen que bajar, cuánto tiempo hace que mantienen ese peso y cuáles son sus expectativas respecto al tratamiento.

Los profesionales preguntan a los pacientes si pueden hacer bien la dieta, si están en continuidad con la misma, cuáles son las dificultades percibidas para llevar a cabo el plan alimentario o de actividad física y si están en estado de acidosis.

Los pacientes manifiestan tener dificultades para realizar la dieta. Los motivos que dan son: padecer enfermedades físicas y/o psicológicas, tener problemas familiares, laborales y económicos. Otros expresan que engordaron simplemente por distracción.

Tal es el caso de L, un empresario de 60 años, que bajó 55 Kg. y tiene que bajar 25 Kg. más. Expresa que no puede sostener la dieta debido a problemas familiares que

padece y argumenta que su problemática con la comida comenzó desde el momento del fallecimiento de su hijo, consecuencia de un secuestro extorsivo. Dice estar muy angustiado, ya que quién asesinó a su hijo, estaba por recibir sentencia en juicio oral al día siguiente. Producto de esto, L comenta sentir una profunda tristeza y agrega que no puede dejar de comer.

Por otro lado, en el grupo, se pudo apreciar el caso de M, una abogada, quién bajó 35 Kg., y le quedan por bajar 10 Kg. más para llegar a su peso. Manifiesta no tener fuerzas para continuar con la dieta porque está atravesando un divorcio muy conflictivo, motivo por el cual está muy angustiada, nerviosa y ansiosa. Dice que si bien es consciente del sacrificio que hizo para bajar tantos kilos, le resulta muy difícil focalizarse en el tratamiento, debido al problema que está atravesando. Y llorando, dice no poder lograr poner la comida en un segundo plano, ya que cuando está desbordada emocionalmente, lo primero que hace es comer compulsivamente. Finalmente, señala sentir un profundo malestar cuando se da cuenta del error que cometió al romper la dieta.

Otro caso a destacar es el de J, una médica, que tiene que bajar 50 Kg. J hace una semana que comenzó el tratamiento. Dice tener dificultades para hacer la dieta y manifiesta que no va a poder bajar tantos kilos. Comenta al grupo que empezó a engordar hace 5 años, después de que falleció su hermana. Poniendo de manifiesto que se volvió ingenuamente a la comida porque era una vía de escape ante tanto dolor.

Los profesionales explican que al hacer dieta perfecta y conseguir bajar de peso, el estado de ánimo cambia. Porque al despegarse y desapegarse con la comida, el paciente siente alivio y motivación para continuar con el tratamiento. Poniendo énfasis, en que cuando se logra hacer un cambio externo, luego se hace un cambio interno. Al hacer la dieta perfecta, hay cambios en los pensamientos y en las emociones.

Exponen que los pacientes tienen que hacerse cargo de su enfermedad y no delegar decisiones personales. Es el paciente quien debe decidir que hacer en el momento que la adicción manda.

Si bien se pudo observar que muchos de los pacientes lograron bajar de peso, no dejan de mencionar obstáculos a la hora de hacer la dieta. Mostrando enojo, impotencia,



malestar, tristeza y frustración. Es allí, donde los profesionales preguntan a los pacientes si están dispuestos a comprometerse con el tratamiento y si quieren bajar de peso.

Al finalizar el grupo, los profesionales les piden a los pacientes que se comprometan con metas cortas, esto significa hacer dieta perfecta para el día siguiente.

También agregan que es fundamental en el proceso de adelgazamiento, disfrutar del tratamiento y del bienestar que se alcanza cuando se logra bajar de peso.

Los pacientes manifiestan estar ansiosos por alcanzar el peso ideal y reconocen no disfrutar el proceso de adelgazamiento.

### **5.1.2. Características distintivas de la terapia grupal cognitiva- conductual en el tratamiento de obesidad en grupos de descenso.**

En el grupo anteriormente descrito, se pudo observar como los pacientes asisten al grupo terapéutico con la finalidad de buscar una solución a la problemática de la obesidad.

El grupo de descenso de peso es heterogéneo en cuanto a edades, sexo y tipos de obesidad, y se considera homogéneo en cuanto al objetivo.

En el grupo terapéutico de descenso de peso, se emplea un estilo confrontativo, promoviendo en primer término un abrupto cambio conductual, el corte con la comida. Dicho corte es condición fundamental para el posterior cuestionamiento de creencias. El enfoque es conductual-cognitivo-confrontativo.

La característica del tratamiento de obesidad es tratar a la obesidad como una adicción. Se les explica a los pacientes que la adicción está en el vínculo y no en la comida. Y que no se los considera responsables de su adicción pero si responsables de implementar el corte para encarar el tratamiento.

Los temas abordados en el grupo se refieren a la relación paciente-ingesta. Cuando los pacientes intentan mencionar detalles de su dieta, tipos de alimentos, cantidades consumidas o preparaciones, se lo interrumpe inmediatamente. La idea es que cuanto

menos esté presente la comida en el discurso de los pacientes, mayores son las posibilidades de éxito en el tratamiento.

El modelo cognitivo plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo en que las personas interpretan esas emociones (Ellis, 1962).

En los testimonios de los pacientes, se perciben dificultades para llevar a cabo el plan alimentario o de actividad física, y éstos mencionan como justificativos distintas circunstancias que derivan en conductas que no son las de abstinencia y control.

Beck (2000) explica que la situación por sí misma no determina cómo se sienten las personas, sino que su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación.

Tal como se observó en el grupo, los profesionales explican que todas las personas que padecen esta problemática con la comida, pasan por diferentes situaciones (reuniones sociales, momentos de tensión, enfermedades, fallecimientos) pero que las mismas no deben funcionar como justificativos y no habilitan a seguir comiendo. Es aquí donde cobran importancia sus intervenciones, al señalar que los grupos terapéuticos buscan que las emociones se ubiquen en el lugar que les corresponde y explican que hay que aprender a diferenciar comida de estados emocionales, ya que los pacientes obesos o con sobrepeso descargan erróneamente con la comida.

Tal como sostiene Beck (2000) la terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas, disfuncionales, autosaboteadoras y contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas que subyacen a estas reacciones.

Los profesionales destacan que es importante en el tratamiento, poder modificar el sistema de creencias de los pacientes y poder generar nuevas creencias. Sostienen que el pensamiento se va a modificar si hay una conducta que lo avale. En este caso, la conducta, es hacer dieta perfecta.

Aunque subir de peso se pueda producir debido a las tensiones familiares o sociales, por poseer una conducta o carácter desbordado, al relacionarse con un entorno tóxico, sucumbir ante las tentaciones constantes, tener un disparador psicológico, adquirir una predisposición genética, consumir alimentos adictivos; o bien, debido a un comportamiento sedentario, todas estas causas sucumbirán ante la capacidad del paciente de controlar la conducta o carácter.

En el grupo observado, los profesionales plantean que el objetivo del grupo terapéutico es que los pacientes puedan divisar los mecanismos de disfraz y negación de su estado, y que apliquen herramientas efectivas para redirigir su conducta alimentaria. La intención es lograr dominar aquella conducta que parece ingobernable para el paciente.

### **5.1.3. Importancia que los pacientes le atribuyen a la terapia grupal para sostener el tratamiento de obesidad.**

En el grupo se pudo observar como los pacientes al hablar de su padecimiento y escuchar los aportes tanto de los profesionales como de sus compañeros, toman recursos y herramientas, con el objetivo de encontrar juntos la solución al problema que padecen. De este modo, se fueron observando las habilidades que facilitaron la recuperación de ésta enfermedad.

Lo dicho anteriormente, coincide con lo expuesto ,al afirmar que sentirse acompañado en el tratamiento de la obesidad es importante para obtener resultados concretos, casi inmediatos, a diferencia de lo que significa hacer la dieta por cuenta propia sin asistir al grupo.

Tal es el caso de L, que manifiesta sentir alivio después de haber expresado su dolor y agradece al grupo por haberlo escuchado. Expone que el grupo es como una “usina”, que alimentan entre todos, y de ella toman prestada energía cuando falta y esa energía se debe devolver para que otro compañero la use cuando la necesite y así se mantenga. En este caso, se pudo apreciar como el grupo brindó apoyo y contención a L, al señalar que si bien es entendible que está atravesando una situación muy difícil, esto no amerita a comer de más, ya que esto traerá como consecuencia otro problema en su vida.

En el caso de M, se observó que la paciente asiste al grupo porque es el único espacio que tiene para hablar de su problemática con la comida, y refiere que en su familia, este tema siempre generó incompreensión. Señala que el grupo es un espejo en el cual uno se identifica con rasgos del otro. Expresa que a pesar de estar atravesando un momento muy difícil y no tener fuerzas para hacer la dieta, el grupo le transmite energía y la alienta para continuar con el tratamiento.

Yalom (2000) afirma que en el grupo terapéutico, especialmente en las primeras etapas, el desmentido de los sentimientos del paciente de ser un caso único constituye una poderosa fuente de alivio. El autor plantea que muchos pacientes asisten al grupo con la idea inquietante de que son únicos en su desdicha, de que solo ellos tienen problemas, pensamientos, impulsos y fantasías realmente espantosas. Esto coincide con lo expuesto por J, al manifestar que siempre pensó que su caso era especial, que no existía otra persona que tuviera apego con la comida como ella y que no iba a poder bajar de peso.

El día que J asistió por primera vez al grupo, después de escuchar los distintos testimonios de sus compañeros, se dio cuenta que no era la única persona que lucha día a día contra esta enfermedad. Comenta que el hecho de compartir experiencias con personas que están en la misma situación, la motiva y le da fuerza para poder continuar con el tratamiento, más allá del dolor que siente al recordar a su hermana y tener el impulso de comer lo que no debe.

Los profesionales afirman que es fundamental la motivación del paciente en el tratamiento de obesidad. Es un componente que no puede faltar dado que se trata del motor que lo impulsa a buscar alternativas o cambios.

Finalmente, es importante señalar, que la terapia grupal elimina el drama individual y permite al paciente dejar de sentir que el problema pasa por él exclusivamente. La incursión de un paciente obeso en un grupo terapéutico bien dirigido resulta crucial en su recuperación, constituye la manera más efectiva de desmitificar creencias instaladas y adquirir conocimientos que enriquezcan el comportamiento y los vínculos, a partir de la modificación de las conductas desbordadas y compulsivas. El motor del grupo logra levantar el anclaje individual y moviliza fuerzas inherentes de la técnica grupal. La

dialéctica que se genera en el grupo es el vector de esa fuerza, el intercambio y el movimiento de ideas, es la presencia real del paciente en el tratamiento. Esto implica dejar en manos de otro el propio problema para entrenar, mientras tanto, herramientas y correrse de la posición de víctima inicial, de pasividad frente a la enfermedad.

#### **5.1.4. Importancia de la terapia grupal en el tratamiento de obesidad para promover cambios de conductas en los pacientes de grupos de descenso.**

En el grupo observado, los coordinadores explican a los pacientes que el tratamiento cognitivo conductual es una técnica que se aplica a todas las afecciones crónicas que requieren un cambio conductual-comportamental para su mejoría.

Los profesionales consideran que la recuperación de esta enfermedad crónica y la posibilidad de mantenerla estabilizada a lo largo del tiempo, aumentan el grado de autoconocimiento y autoconfianza del paciente, promoviendo así conductas sociales y recursos psicológicos más saludables y adaptativos.

Facchini (1999) sostiene que la psicoeducación es una modalidad de abordaje muy importante en el tratamiento de la obesidad, ya que comprende la transmisión de conocimientos de los profesionales con el fin de modificar actitudes y comportamientos por parte de los pacientes. Fue creada como un componente del tratamiento cognitivo-conductual, sobre la base de que las falsas creencias que pueden presentar los pacientes se originan, en parte, por falta de información o información errónea. El objetivo es proveer la correcta y útil información al paciente respecto de su enfermedad.

En todos los casos descriptos, se pudo apreciar en los pacientes, no solo cambios físicos, sino también cambios psicológicos producto de los efectos de la terapia grupal.

Tal es el caso de L, que manifiesta que al poder expresar libremente su historia de vida y profundizar acerca de su enfermedad, pudo lograr comprometerse con el tratamiento, haciendo énfasis en que el grupo es un pilar fundamental en su vida.

L destaca que desde que empezó el grupo puede disfrutar más la vida, poniendo especial interés en cosas que lo hacen sentir bien. Señala que sus pensamientos ya no giran únicamente en torno a la comida y refiere que para él, es muy importante no comer

compulsivamente cada vez que recuerda a su hijo. Manifiesta que si bien tiene miedo de decaer y no poder sostener el tratamiento, va a continuar asistiendo al grupo, ya que éste lo escucha y lo contiene. Afirma que hacer dieta perfecta lo ayuda a sentirse más tranquilo, logrando claridad en sus pensamientos y emociones.

M comenta que a pesar del dolor que siente por estar atravesando una situación conflictiva con su pareja, agradece al grupo por la ayuda que le brindó al señalarle la importancia que tiene en su vida poder separar su estado emocional de la comida. Expresa que si bien está muy angustiada por su problema personal, el hecho de asistir al grupo y hacerse cargo de la enfermedad que padece, la tranquiliza y la estimula a seguir adelante, ya que está muy cerca de alcanzar su peso deseado. Plantea sentir falta de control respecto a su situación actual con su pareja y afirma que el grupo la ayuda a darse cuenta que esa falta de control no debe trasladarse al vínculo que establece con la comida.

Los profesionales refieren que su angustia puede ceder al ritmo de su adelgazamiento y afirman que al bajar de peso, logrará ordenar sus pensamientos y sentimientos.

En el caso de J, cuando empezó a asistir al grupo, se pudo apreciar una profunda tristeza en su rostro y negación respecto a poder bajar de peso.

Los profesionales le indicaron a J que al comprometerse con el tratamiento haciendo dieta perfecta, iba a obtener buenos resultados en muy poco tiempo. Señalando que muchos de sus compañeros lograron bajar de peso, atravesando situaciones similares a la de ella. Tal como sostiene Yalom (2000), el infundir y mantener la esperanza en el paciente, es crucial en toda psicoterapia.

La gordura no es un estigma ni una culpa perpetua. No hay que tener miedo porque no es definitiva ni invencible. Los pacientes cuando confían en el grupo y se involucran mental y físicamente con el tratamiento, ya no ven imposible, ni tan arduo ni tan sacrificado el hecho de bajar de peso.

En los distintos casos mencionados, se pudo observar que mas allá de las dificultades percibidas por los pacientes para realizar el tratamiento, el grupo brinda herra-

mientas y técnicas que éstos aplicaron, así como conocimientos que aprendieron y nuevas conductas que incorporaron a sus vidas para poder alcanzar la delgadez.

Aprender a dominar la conducta desbordada, es una herramienta fundamental en el tratamiento, ya que logra imponerse con fuerza ante un entorno que facilita el aumento de peso. En el grupo observado, los profesionales trabajan con este aspecto. Para lograr esto, el profesional de la salud aporta información, consejo y apoyo a los pacientes (Fachini, 1999).

## **5.2. Observación del grupo de mantenimiento de peso.**

El grupo de mantenimiento de peso, está conformado por treinta pacientes adultos y de tercera edad entre 21 y 75 años de edad, de ambos sexos, y es coordinado por dos psicólogas.

La mayoría de los pacientes que concurren al grupo son profesionales de la salud.

En la asistencia al grupo, se pudo observar una unión muy significativa de los pacientes. Esto se percibió claramente porque antes de que comience el grupo, los pacientes tienen como hábito reunirse en el bar de la clínica para poder hablar sobre distintos temas. Según manifiestan, reunirse, es muy importante para poder estar conectados con el tratamiento.

Al comenzar el grupo, se aprecia un trato especial entre los pacientes y los profesionales. Se presenta un clima de confianza mutua. Los profesionales preguntan a los pacientes, quién quiere contar cómo fue su semana respecto a la dieta. Todos los pacientes muestran una actitud de fuerte compromiso al momento de participar.

C, una médica, quien bajó 40 Kg., comenta que el sábado a la noche asistió a un casamiento. Expresa que con mucho esfuerzo pudo controlar la medida durante la recepción y la cena, pero se vio fuertemente apegada a la mesa de dulces. Explica que su voracidad era cada vez mayor y su malestar fue aumentando en el transcurso de la noche. Señala que el domingo tuvo la misma actitud con la comida. Manifiesta sentirse

frustrada debido al error que cometió y dice que la única solución a su problema es evitar reuniones sociales.

J, un empresario , quien bajó 20 Kg., expresa que hace dos semanas que no puede respetar la medida en la porción. Manifiesta sentir falta de voluntad para poder hacer dieta.

A, una kinesióloga , quien bajó 25 kg., comenta que el domingo fue el cumpleaños de su hija y quiso agasajarla haciéndole una torta. Dice que desde que comenzó el tratamiento no hizo más tortas ya que estas le gustan mucho y nunca pudo respetar una medida. Agrega que ha llegado a comer una torta en una merienda.

Explica que empezó comiendo los ingredientes de la torta, sin dar demasiada importancia, y cuando se dio cuenta de lo que estaba haciendo, quiso dejar de comer y no pudo. Expresa sentirse angustiada por la falta de control ante lo sucedido, y dice que hay ciertos alimentos que no los puede tener a su alcance porque le resulta muy difícil no tentarse.

C, un empresario , quien bajó 30 kg., comenta que el fin de semana viajó con su familia a la costa. Dice estar muy contento porque es la primera vez en su vida que logra comer dos churros y no una docena como lo hizo siempre. Manifiesta sentirse tranquilo al poder respetar una medida, sin desear seguir comiendo.

Los profesionales plantean que los pacientes deben ser obreros en el proceso de descenso de peso y artesanos en el proceso de mantenimiento de peso. Señalan que entrenar el mantenimiento a lo largo del tiempo, es el arte de saber parar de comer.

### **5.2.1. Características distintivas de la terapia grupal cognitiva- conductual en el tratamiento de obesidad en grupos de mantenimiento.**

El grupo de mantenimiento de peso es heterogéneo en cuanto a edades, sexo y tipos de obesidad y homogéneo en cuanto al objetivo. El objetivo del mismo es cuidar el logro alcanzado. Para obtener esto, es fundamental que el paciente se comprometa con el tratamiento.



Los temas abordados en el grupo van desde la importancia de sujetarse al plan alimentario, de respetar la medida en la porción, de concurrir semanalmente a los grupos resaltando el valor terapéutico de los mismos, así como la dificultad de sostener el peso sin asistir al grupo.

En el proceso de mantenimiento de peso tiene que haber una fase de certificación y evaluación de los logros después de la fase de la pérdida de peso, una fase de reinicio de una alimentación que supere las 800, 900 hasta las 1200 calorías y una fase de estabilización donde se incluya una dieta adecuada al metabolismo de la persona y a la capacidad o facilidad que tenga para bajar o para mantener el peso. Para hacer una evaluación de cómo mantener el peso se debe evaluar médicamente si están superadas las complicaciones y tiene que haber permanentemente una evaluación nutricional adecuada donde se detectan las comidas adictivas o las características adictivas del paciente que bajó de peso

Los profesionales explican que no es adicto el que come de más, sino el que quiere hacer un corte con la comida y no puede. En la adicción, la conducta no está sujeta al control del paciente sino que es el impulso de comer y no poder resistirse a él, lo que hace que la conducta sea adictiva. Esto se vio reflejado en el testimonio de C, cuando refiere que en el casamiento no pudo hacer un corte en la mesa de dulces y en el testimonio de A, cuando dice que quería dejar de comer los ingredientes de la torta porque se daba cuenta que no debía hacerlo y sin embargo, no pudo lograrlo.

Los profesionales plantean que en el proceso de mantenimiento es aconsejable hacer una evaluación de la actividad física del paciente. Esto coincide con lo expuesto por Cormillot (2005) al señalar que en los planes para bajar de peso y mantenerlo a largo plazo, la actividad física parece cumplir un rol esencial. El autor agrega que el estilo de vida sedentario, sostenido en el tiempo, que produce menor gasto energético relativo, constituye la explicación más aceptable del incremento de sobrepeso y obesidad.

El programa de actividad física adaptada para pacientes obesos o con sobrepeso, tiene como objetivo lograr un cambio de conducta, para que finalmente los pacientes

puedan lograr cambiar hábitos de vida. Agrega que la diversión en la actividad física ayuda a hacer menos traumáticos los cambios generados durante el proceso.

Ravenna (2010) establecen que en la etapa de mantenimiento de peso, es importante evaluar psicológicamente, la etapa de la psicoterapia de la obesidad sin grasa. Hay que ver si hay que trabajar sobre el gordo que ya bajó de peso o hay que trabajar sobre la persona que se sacó el gordo de encima. Porque no se sabe si hay un gordo constante, lo que sí se sabe es que en el paciente obeso hay una tendencia a comer de más y que hay que poner un límite. También tener un límite para no generar trastornos alimentarios. Esto se logra a través de una evaluación psicológica, con un enfoque psicológico cognitivo dialéctico conductual combinado en un grupo menos intensivo que el grupo de descenso, ya que esto puede sostener los componentes que están implicados en la conducta alimentaria y el tipo de vida que el paciente aprendió a llevar.

### **5.2.2. Importancia que los pacientes le atribuyen a la terapia grupal para sostener el tratamiento de obesidad.**

Tal como afirma Cormillot (2005) la obesidad, como la mayoría de las adicciones, es recuperable únicamente a través del contacto con la gente que la padece.

Según Facchini (1999), los procedimientos grupales han demostrado ser de gran utilidad como recurso terapéutico para los pacientes obesos y señala que en ellos entran en juego elementos psicoeducacionales, procedimientos de autoayuda e intervenciones psicoterapéuticas, que en un grupo ideal guardan un equilibrio dinámico entre sí.

Los profesionales plantean que en un ambiente de grupo, altamente estructurado y orientado hacia una tarea, los pacientes no solo pueden desplegar sus recursos internos sino que además cada uno aprende de los recursos de los demás. Explican que el objetivo de la terapia grupal cognitiva conductual no es solo la reducción del malestar del paciente, sino el aprendizaje de competencias y habilidades para el afrontamiento de las distintas situaciones que influyen en la vulnerabilidad del paciente a presentar distintos problemas emocionales.

En los distintos casos mencionados, se pudo observar el valor que los pacientes le atribuyen a la terapia grupal. Los mismos manifiestan que el grupo terapéutico es un

sostén y un apoyo afectivo para corregir sus impulsos negativos y destructivos. Expresan que cuando asisten al grupo y comparten con sus compañeros y psicólogas lo que les sucede, sienten que disminuye su malestar.

Andrea expresa que el grupo es un espacio donde los pacientes se apoyan en la consecución de un logro común. Es un espejo donde el paciente identifica actitudes propias, observando a los otros y es además una importante red de contención al desborde.

C señala que por primera vez en su vida, encontró un grupo de pares que la ayuda a pensar y a reflexionar sobre su enfermedad. Destaca que sin el aporte de los profesionales y de sus compañeros nunca hubiese podido comprometerse con un tratamiento.

J considera que el grupo terapéutico es primordial en el tratamiento. Manifiesta sentirse feliz al haber alcanzado su peso, y sostiene, que gran parte de este logro, es debido a la ayuda incondicional del grupo.

En palabras del director de la institución, la terapia grupal es un pilar fundamental en el tratamiento de la obesidad, ya que ayuda a los pacientes a incorporar representaciones sanas y positivas.

### **5.2.3. Importancia de la terapia grupal en el tratamiento de obesidad para promover cambios de conductas en los pacientes de grupos de mantenimiento.**

Los profesionales explican que para comenzar el tratamiento de mantenimiento de peso, el paciente debe estar mentalizado, es decir, haber hecho el corte de su historia personal como adicto a la comida y respetar las pautas nutricionales e indicaciones médicas.

Por un lado, en el grupo se observa que cuando los pacientes llegan a su peso, manifiestan tener miedos, dudas y dificultades para lograr sostener su peso a largo plazo.

Los coordinadores explican que no recuperar el peso perdido requiere esfuerzo y compromiso, al igual que perderlo. Por tal motivo, el grupo es un sostén fundamental en

el tratamiento, ya que brinda estrategias adecuadas de conducta para ayudar a los pacientes a mantener el peso.

En el testimonio de C, A y J, se observan los obstáculos que se presentan al momento de respetar la medida en la porción. Sintiendo desesperanzados al no poder controlar su conducta. Es allí, donde los profesionales intervienen señalando que es primordial que el paciente logre entender que tiene la capacidad para hacer cambios en su rutina diaria y que éstos cambios lo llevarán a su recuperación. La fuerza que se pone en juego tiene que ver más con el deseo de recuperación que con la exigencia y el deber.

Por otro lado, es importante destacar que los pacientes refieren, que haber llegado a su peso es un motivo especial para seguir luchando contra esta enfermedad, más allá de los obstáculos que puedan presentarse.

C dice que desde que comenzó el tratamiento, en su vida hubo un antes y un después, ya que no solo logró una nueva figura, sino que todo representó un antes en la forma de vivir y pensar y un verdadero después. Refiere que los profesionales y el grupo, tuvieron que ver con este cambio y la ayudaron a ver muchas cosas que no estaba viendo u ocultaba.

J expresa sentirse muy bien asistiendo al grupo terapéutico. Sostiene que el grupo le da fuerzas para no abandonar el tratamiento. Señala que es muy importante haber logrado cambios físicos y psicológicos. Esto coincide con lo expuesto al establecer que en el grupo terapéutico se renueva diariamente la energía que se necesita para seguir el tratamiento de mantenimiento de peso.

C comenta que sus cambios físicos son muy notables. Expresa que cuando llegó a su peso, su preocupación principal era qué hacer con sus partes del cuerpo que no le gustaban como habían quedado después de bajar tantos kilos.

Los profesionales intervinieron explicando que en el proceso de mantenimiento de peso, es muy importante trabajar para aceptar lo que no tiene cambio y cambiar lo que si puede ser cambiado con un tratamiento dermatológico, o un tratamiento reparador, tanto invasivo como no invasivo, es decir pequeñas cirugías o grandes cirugías.

C expresa que son muchos los cambios psicológicos que obtiene al asistir al grupo. Comenta que la comida dejó de tener protagonismo en su vida. Establece que la diferencia es que ahora puede elegir lo que come y antes la comida lo elegía a él. Hoy en día come saludablemente y los momentos de exceso se espacian más, lo que hace que pueda sentirse tranquilo.

Finalmente, los profesionales consideran que otro aspecto significativo en el proceso de mantenimiento de peso es ayudar al paciente a no identificarse con el fracaso y a potenciar una actitud responsable y positiva con su persona, con su cuerpo y con su salud.

## 6. CONCLUSIÓN

La obesidad es una amenaza para la vida, una enfermedad progresiva y crónica de proporciones epidémicas que afecta a todo el mundo. Es una patología que no distingue [color](#) de [piel](#), edad, nivel socioeconómico, [sexo](#) o situación geográfica.

Antiguamente se consideraba que la persona con sobrepeso gozaba de buena salud, sin embargo en la actualidad se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias que atentan contra la salud. Es una patología que afecta no solo el aspecto físico de la vida, sino también el emocional y el conductual.

Los objetivos de este trabajo se orientaron a describir distintos aspectos del tratamiento del obeso, con el fin de intentar dar cuenta de la importancia que tiene la terapia grupal cognitiva conductual en el tratamiento de esta enfermedad.

Los datos de los pacientes citados en desarrollo del trabajo, fueron extraídos de las observaciones en ambos grupos, ya que al ser una institución privada, el acceso a información de historias clínicas fue limitado.

Es pertinente destacar, que hubiera sido muy útil para el desarrollo del trabajo, haber tenido la posibilidad de asistir a las reuniones grupales de los profesionales. En

un primer momento, se creyó que los profesionales del lugar, iban a tener un reparo en compartir su labor con los pasantes. Sin embargo, esto no sucedió. Siempre marcaron cierta distancia, sin dar lugar a que se les hicieran demasiadas preguntas.

La restricción en cuanto al uso de instrumentos de evaluación psicológica en el no permitió contar con determinada información de los pacientes que hubiera sido representativa para llevar a cabo el presente trabajo. Por tal motivo, y a los efectos de poder realizarlo se optó por entrevistar a pacientes de ambos grupos, a fin de indagar sobre la importancia que le atribuyen a la terapia grupal para sostener el tratamiento de obesidad y los cambios que se generan a partir de la asistencia a los mismos.

Cuando se asistió por primera vez a los grupos, se pensó que a los pacientes la presencia de los pasantes los podía incomodar, al sentirse invadidos en la privacidad de un tema tan especial como lo es la adicción que los mismos padecen. Pero luego, con el transcurso de los días, al interactuar con ellos, este pensamiento fue desapareciendo, y mas aún, cuando brindaron la posibilidad de entrevistarlos y conocerlos más en profundidad.

En las distintas entrevistas realizadas a los pacientes, se observó la importancia que los mismos le atribuyen al grupo terapéutico. Si bien hacen referencia a la dificultad de llevar a cabo el plan alimentario, y a los obstáculos que se les presentan día a día al momento de comer, no dejan de señalar lo importante que es el grupo en el tratamiento de esta enfermedad.

Tanto en el grupo de descenso de peso, como en el grupo de mantenimiento de peso, los pacientes comparten sus experiencias, buenas o malas, satisfactorias e insatisfactorias, con sus compañeros y con los profesionales. Por ello, se educan entre ellos, se prestan apoyo mutuo y alivian el sentimiento de alienación que normalmente sienten, al saber que no están solos en su experiencia de sufrimiento. Debido a los problemas y síntomas similares que padecen, crean lazos emocionales fuertes y desarrollan sus propias características, a las que los mismos pueden atribuir cualidades mágicas de mejoría, recuperando su autoconfianza y autoresponsabilidad. Dicha experiencia de seguridad, apoyo y confianza no solo facilita que se conecten con su propia experiencia sino que

además favorece la sensación de cierto dominio y la valoración de recursos internos o habilidades que faciliten la actitud de afrontamiento.

En ambos grupos, se observó una unión muy significativa entre los pacientes y los terapeutas, no obstante, resultó llamativo el hecho de que en muchas ocasiones los profesionales no conocían a pacientes que hacia tiempo que asistían al centro.

La característica del tratamiento de obesidad , es tratar a la obesidad como una adicción. Sosteniendo que todos los pacientes, por el hecho de tener sobrepeso u obesidad padecen un vínculo adictivo con la comida.

En sus comienzos, la obesidad en el individuo fue producto de la genética, del medio familiar, de la sociedad, de la oferta o de la costumbre cotidiana; que se transforma en adicción cuando el comer se convierte en una conducta vivida como irrefrenable, como una exigencia del cuerpo, con la que es imposible lidiar .

Respecto al trabajo como coordinador de los grupos terapéuticos, el director del centro plantea que toma como eje la conducta, no siendo este un abordaje exclusivo del tratamiento de obesidad, sino que puede aplicarse a cualquier vínculo adictivo o situación problemática y sostiene que cuando una persona obesa llega a la clínica lo hace con gran escepticismo y es por tal motivo que otorga fundamental importancia a la concurrencia a las reuniones de grupo. Establece que el acompañamiento de otros que están en la misma condición es central en el desentrañamiento de conductas negativas y en el trabajo para modificarlas.

Las intervenciones en los grupos están dirigidas a que los pacientes incorporen un límite mediante una conducta y que se refleje ese límite con el desborde a través del corte, la medida y la distancia.

Facchini (1999) sostiene que la terapia cognitiva-conductual en el tratamiento de obesidad, en general, es bien recibida por los pacientes debido a que la mayoría considera que la falta de control sobre la alimentación es su problema principal, por lo que responden positivamente al énfasis puesto en aumentar el auto-control.

El enfoque es conductual-cognitivo-confrontativo. Sin embargo, en la asistencia a los grupos, llamó la atención el hecho de que el enfoque es básicamente conductual. Pudiéndose observar que los pacientes no son entrenados en el aprendizaje de técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a mejorar sus hábitos de alimentación. Las técnicas están dirigidas principalmente al corte con el exceso. Los profesionales explican que el corte se hace sin pensar. Establecen que el método es un tratamiento de acción práctico y concreto.

En general, no se observó que haya entrenamiento en técnicas de autocontrol, intervenciones dirigidas a ayudar al paciente a etiquetar la distorsión, a examinar la evidencia a favor y en contra de sus suposiciones, a cuestionar las afirmaciones absolutas y a examinar posibles explicaciones o atribuciones para los sucesos.

Si bien en los dos grupos se observaron recaídas, los pacientes no dejan de asistir a los mismos, ya que según manifiestan, es más fácil luchar en compañía contra ésta enfermedad y no en soledad. Refieren que al poder hablar de su problemática con la comida, logran sentirse acompañados en búsqueda de una solución.

A través de la asistencia a los grupos y luego de haber realizado las entrevistas, se puede decir que más allá de las recaídas que pueden tener los pacientes, aquellos que concurren al grupo terapéutico con más frecuencia, obtienen mayores resultados. Ya sea bajando de peso con menor dificultad o manteniéndolo.

Finalmente, después de lo observado en las reuniones grupales, se considera que es de suma importancia el grupo terapéutico en el tratamiento de la obesidad, ya que provoca resultados favorables en la persona. Por lo tanto, sería interesante abordar estudios sobre el tema en futuras investigaciones. Esto podría significar un aporte valioso, a efectos de elaborar programas que contemplen este aspecto en el tratamiento de dicha enfermedad con el objetivo de brindarle al paciente la oportunidad de estar mejor.



## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Azcona San Julian, C. (2008). *Obesidad*. Recuperado el 25 de Marzo de 2011, de <http://www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/infancia/obesidad/>
- Braguinsky, J. (1997). *Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento*. Buenos Aires: El Ateneo. Citado en: Bauzá, C.A., Celiz, O.R. (2005). *Obesidad, causas, consecuencias y tratamiento*. Córdoba: El Emporio.
- Beck, J & Wright, F. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Cormillot, A. (2005). *Sistema C para Adelgazar*. Buenos Aires: Publiexpress.
- Cormillot, A. (2004). *Ley de obesidad*. Recuperado el 20 de Julio de 2007, de <http://www.cormillot.com/leyobesidad/>
- Cormillot, A. (2008). *Como adelgazar y mantenerse*. Buenos Aires: Paidós.
- Cormillot, A. (1991). *El arte de adelgazar*. Buenos Aires: Vergara.
- Ellis, A. (1962). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Facchini, M. (1999). *Obesidad. Abordaje terapéutico general*. Guía médica de Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires: SAOTA.
- Foz, M. (2002). *Historia de la Obesidad*. Recuperado el 2 de mayo de 2010, de <http://www.fundacionmhm.org/pdf/mono6/articulos/articulo1.pdf>
- Kaplan & Sadock (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. Usa: Donnelley- Sons.

- Linehan, M., Cochran, B., & Kehrer, C. (2001). Dialectical Behavior Therapy for borderline Personality Disorder. En Barlow D., (comp.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Montero, J. (1997). *Obesidad en el adulto*. Buenos Aires: D&P.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 05 de Mayo de 2009, [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/inde.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/inde.html).
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 31 de Mayo de 2007, [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/inde.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/inde.html).
- Ravenna, M (2004). *Una delgada línea, entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Ravenna, M (2006). *La telaraña adictiva*. Buenos Aires: Editorial B.
- Ravenna, M (2009). *De al A a la Z: el ABC del sobrepeso*. Buenos Aires: Editorial B.
- Ravenna, M (2010). *En un abrir y cerrar de boca*. Buenos Aires: Editorial B.
- Reed, D. & cols. (1997). *Heritable variation in food preferences and their contribution to obesity*. Behav Genet, 27:373-387.
- Rovira, B. (2006). *Obesidad y Psicopatología*. Recuperado el 1 de mayo de 2010, de [www.ama-med.org](http://www.ama-med.org)
- Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2008). *El enfoque cognitivo conductual*. Recuperado el 31 de julio de 2008, [www.saota.org.ar](http://www.saota.org.ar)
- Stunkard, A., Wadden, T. (1992). *Psychological aspects of severe obesity*. American Journal of Clinical Nutrition, 55: 524S-532S.

Stunkard, A., Sobal, J. (1995). *Psychosocial consequences of obesity*. In Brownell K.D., Fairburn C.G. (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive manual*. New York: Guilford Press.

Vilallonga, L., Repetti, M., & Delfante, A. (2008). Tratamiento de la obesidad. Abordaje Nutricional. *Revista del Hospital Italiano*, 2, 63-70.

Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. España: A&M Gráfico.

Zukerfeld, R. (1996). *Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica*. Buenos Aires: Paidós.

## **8. ANEXO**

### **Entrevistas a pacientes del grupo de descenso de peso**

**Edad:** 60 años.

**Sexo:** Masculino.

**¿Cuánto tiempo hace que asiste al grupo terapéutico?**

8 meses.

**¿Con que frecuencia lo hace?**

4 veces por semana.

**¿Bajó de peso desde que comenzó el tratamiento?**

Si.

**¿Cuántos kilos bajó?**

55 Kg.

**¿Piensa que es importante el grupo terapéutico para sostener el tratamiento de obesidad?**

Pienso que es elemental.

**¿Por qué?**

Porque el grupo es como una “usina” que alimentamos entre todos, y de ella tomamos prestada energía cuando falta y esa energía se debe devolver para que otro compañero la use cuando la necesite y así se mantenga.

El grupo ayuda a sentirse acompañado en la solución de la problemática que nos une y hace que el tratamiento sea más placentero.

Desde mi experiencia, es muy difícil tratar esta enfermedad sin la ayuda de mis compañeros.

**¿Cuáles son los cambios más significativos que nota desde que empezó el grupo?**

Motivación, paciencia y compromiso.

**Edad:** 45 años.

**Sexo:** Femenino.

**¿Cuánto tiempo hace que asiste al grupo terapéutico?**

6 meses.

**¿Con que frecuencia lo hace?**

4 veces por semana.

**¿Bajó de peso desde que comenzó el tratamiento?**

Si.

**¿Cuántos kilos bajó?**

35 Kg.

**¿Piensa que es importante el grupo terapéutico para sostener el tratamiento de obesidad?**

Si, es fundamental. (Si el paciente se integra).

**¿Por qué?**

Porque el grupo es el único espacio que tengo para hablar de mi problemática con la comida. En mi familia este tema siempre generó incomprensión.

En el grupo encontrás contención, apoyo y compañía. Es un lugar de pertenencia, un espejo en el cual uno se identifica con rasgos del otro y eso ayuda a continuar con el tratamiento.

**¿Cuáles son los cambios más significativos que nota desde que empezó el grupo?**

Siento que mi vida cambio en varios sentidos. Si bien los cambios físicos son muy notables, también siento que cambio mucho mi carácter. Desde que comencé a bajar de peso, estoy más paciente y menos ansiosa.

**Edad:** 50 años.

**Sexo:** Femenino.

**¿Cuánto tiempo hace que asiste al grupo terapéutico?**

6 meses.

**¿Con que frecuencia lo hace?**

3 veces por semana.

**¿Bajó de peso desde que comenzó el tratamiento?**

Si.

**¿Cuántos kilos bajó?**

20 Kg.

**¿Piensa que es importante el grupo terapéutico para sostener el tratamiento de obesidad?**

Si, es muy importante.

**¿Por qué?**

Porque al asistir al grupo y escuchar los distintos casos, uno se da cuenta que no es el único que lucha día a día con esta enfermedad. El hecho de compartir experiencias con personas que están en la misma situación, brinda tranquilidad, y uno siente que no esta solo en este proceso.

**¿Cuáles son los cambios más significativos que nota desde que empezó el grupo?**

Cambie significativamente la conducta alimentaria. Mis pensamientos ya no giran únicamente en torno a la comida. Ahora puedo estar frente a ella sin sentirme desbordada y atrapada. Esto hace que este más tranquila y reflexiva.

**Edad:** 25 años.

**Sexo:** Femenino.

**¿Cuánto tiempo hace que asiste al grupo terapéutico?**

9 meses.

**¿Con que frecuencia lo hace?**

3 veces por semana.

**¿Bajó de peso desde que comenzó el tratamiento?**

Si.

**¿Cuántos kilos bajó?**

30 Kg.

**¿Piensa que es importante el grupo terapéutico para sostener el tratamiento de obesidad?**

Si, es primordial en el tratamiento.

**¿Por qué?**

Porque en esta enfermedad uno tiende a querer escaparse y a abandonar el tratamiento ante la menor dificultad. Es en ese momento donde el grupo transmite energía y alienta para continuar.

El grupo ayuda a generar compromisos con uno mismo y con los demás.

**¿Cuáles son los cambios más significativos que nota desde que empezó el grupo?**

Siento que es la primera vez que logro comprometerme con un tratamiento.

El cambio en los hábitos alimentarios fue lo más significativo desde que empecé el tratamiento.



Antes la comida era mi único placer y hoy por hoy, a través del grupo, descubrí otros placeres.

**Edad:** 33 años.

**Sexo:** Masculino.

**¿Cuánto tiempo hace que asiste al grupo terapéutico?**

1 año.

**¿Con que frecuencia lo hace?**

3 veces por semana.

**¿Bajó de peso desde que comenzó el tratamiento?**

Si.

**¿Cuántos kilos bajó?**

40 Kg.

**¿Piensa que es importante el grupo terapéutico para sostener el tratamiento de obesidad?**

Si, pienso que es esencial.

**¿Por qué?**

Porque el grupo ayuda a pensar y a reflexionar sobre la enfermedad.

**¿Cuáles son los cambios más significativos que nota desde que empezó el grupo?**

Principalmente noto cambios físicos. Ahora puedo hacer deportes, subir escaleras sin agitarme, jugar con mis hijos al aire libre.

También noto cambios importantes cuando estoy frente a la comida. Siento que estoy mas tranquilo y que puedo elegir no comer.

**Entrevistas a pacientes del grupo de mantenimiento de peso**

**Edad:** 41 años.

**Sexo:** Femenino.

**¿Cuánto tiempo hace que asiste al grupo terapéutico?**

2 años.

**¿Con que frecuencia lo hace?**

1 vez por semana.

**¿Cuántos kilos bajó desde que comenzó el tratamiento?**

28 Kg.

**¿Piensa que es importante el grupo terapéutico para sostener el tratamiento de obesidad?**

Si, es de suma importancia.

**¿Por qué?**

Porque el grupo brinda diferentes herramientas para afrontar los distintos momentos de debilidad y transmite la energía necesaria para continuar con el tratamiento.

**¿Cuáles son los cambios más significativos que nota desde que empezó el grupo?**

Principalmente, el grupo me ayudo a mantener el peso en forma sostenida.

También a adquirir cuidados personales más constantes tales como: ir a la peluquería, ir a centros de estética, comprar ropa, maquillajes, entre otros.

Ahora disfruto mucho más de la sexualidad. Ya no siento vergüenza de mi cuerpo. Siento que el grupo tuvo que ver en este cambio. Es fundamental hablar de ciertos temas y más aún, con personas que están en la misma situación.

**Edad:** 45 años.

**Sexo:** Femenino.

**¿Cuánto tiempo hace que asiste al grupo terapéutico?**

1 mes.

**¿Con que frecuencia lo hace?**

1 vez por semana.

**¿Cuántos kilos bajó desde que comenzó el tratamiento?**

25 Kg.

**¿Piensa que es importante el grupo terapéutico para sostener el tratamiento de obesidad?**

Si, es fundamental.

**¿Por qué?**

Porque al estar en contacto con personas que padecen la misma enfermedad, uno se siente comprendido.

**¿Cuáles son los cambios más significativos que nota desde que empezó el grupo?**

El grupo me ayudo siempre, tanto en el proceso de descenso de peso como en el proceso de mantenimiento de peso.

Si bien hace solo un mes que estoy en el grupo de mantenimiento, puedo asegurar que gracias al mismo, puedo sostener con firmeza las ganas de cambiar mis hábitos alimentarios y seguir manteniendo el peso alcanzado.

**Edad:** 40 años.

**Sexo:** Masculino.

**¿Cuánto tiempo hace que asiste al grupo terapéutico?**

4 meses.

**¿Con que frecuencia lo hace?**

1 vez por semana.

**¿Cuántos kilos bajó desde que comenzó el tratamiento?**

20 Kg.

**¿Piensa que es importante el grupo terapéutico para sostener el tratamiento de obesidad?**

Sí, es importante en todo el tratamiento, ya sea en el descenso como en el mantenimiento de peso.

**¿Por qué?**

Porque es muy importante estar acompañado en el tratamiento por personas que padecen la misma enfermedad.

El grupo genera bienestar, motiva para seguir adelante con el tratamiento y ayuda a estar conectado.

Cuando uno alcanza el peso, tiende a irse y no querer asistir más al grupo y ese es el error más grande que cometemos.

**¿Cuáles son los cambios más significativos que nota desde que empezó el grupo?**

Fundamentalmente, logre equilibrio emocional. Aprendí a no mezclar emociones con comida y a hacerme cargo de la enfermedad que padezco.

Los cambios físicos hicieron que me sienta mejor y que pueda disfrutar de ciertas actividades que antes no podía realizar.



**Edad:** 35 años.

**Sexo:** Femenino.

**¿Cuánto tiempo hace que asiste al grupo terapéutico?**

8 meses.

**¿Con que frecuencia lo hace?**

1 vez por semana.

**¿Cuántos kilos bajó desde que comenzó el tratamiento?**

40 Kg.

**¿Piensa que es importante el grupo terapéutico para sostener el tratamiento de obesidad?**

Si, es muy importante.

**¿Por qué?**

Porque el grupo me contiene y me mantiene alerta para poder controlarme y no descuidar los logros que obtuve.

Asistir al grupo es fundamental para poder contar con los recursos necesarios para afrontar esta adicción.

**¿Cuáles son los cambios más significativos que nota desde que empezó el grupo?**

Pude tomar conciencia de la gravedad de esta enfermedad, ya que siempre ignore las consecuencias de la misma. Ser indiferente, siempre fue la excusa para no asumirme como enferma.

Hoy en día, me ocupo del bienestar personal y trato de tener una buena calidad de vida, para cuidar lo que logre con tanto esfuerzo.

**Edad:** 60 años.

**Sexo:** Masculino.

**¿Cuánto tiempo hace que asiste al grupo terapéutico?**

7 meses.

**¿Con que frecuencia lo hace?**

1 vez por semana.

**¿Cuántos kilos bajó desde que comenzó el tratamiento?**

30 Kg.

**¿Piensa que es importante el grupo terapéutico para sostener el tratamiento de obesidad?**

Si, pienso que es necesario.

**¿Por qué?**

Porque es el único lugar donde hablo de lo que me pasa con personas que me escuchan y me contienen.

El grupo es un espacio para reflexionar sobre cuestiones que no les damos importancia en la cotidianeidad, y que son fundamentales para no decaer y mantenernos sanos.

**¿Cuáles son los cambios más significativos que nota desde que empezó el grupo?**

Mi vida cambió notablemente en varios aspectos. Al bajar tantos kilos, los cambios físicos son muy evidentes. Ahora me siento muy bien con mi cuerpo y puedo hacer actividades que antes no podía. Varias de ellas las comparto con mis compañeros de grupo y esto nos ayuda a seguir juntos en este desafío.



También noto que me posiciono distinto ante la vida. Antes estaba triste y desesperanzado. Ahora tengo ganas de disfrutar de la vida y varias metas por alcanzar, en las que antes ni siquiera podía pensar.

**Edad:** 70 años.

**Sexo:** Masculino.

**¿Cuánto tiempo hace que asiste al grupo terapéutico?**

4 meses.

**¿Con que frecuencia lo hace?**

1 vez por semana.

**¿Cuántos kilos bajó desde que comenzó el tratamiento?**

25 Kg.

**¿Piensa que es importante el grupo terapéutico para sostener el tratamiento de obesidad?**

Si, considero que es fundamental.

**¿Por qué?**

Porque el grupo brinda diferentes herramientas para afrontar los distintos momentos de debilidad y transmite la energía necesaria para continuar con el tratamiento.

**¿Cuáles son los cambios más significativos que nota desde que empezó el grupo?**

Siento que mi obsesión por la comida desapareció. Esto me ayuda a estar mejor físicamente y psicológicamente.

El grupo me da la motivación que necesito para continuar con el proceso de mantenimiento de peso, que considero que es lo mas difícil del tratamiento.