



UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

- LIC. en PSICOLOGÍA-

Trabajo Final Integrador

Aportes de la terapia de grupo en el tratamiento de la obesidad

Tutor: Dra. Vanesa Góngora

Autor: Simón Bar-On

Índice

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	4
3. Marco teórico.....	5
3.1 Obesidad.....	5
3.2 Prevalencia.....	7
3.3 Etiología.....	9
3.4 Tratamiento.....	12
3.4.1 Enfoque nutricional.....	13
3.4.2 Terapia psicoanalítica.....	14
3.4.3 Terapia conductual.....	15
3.4.3.1 Intervenciones.....	16
3.4.4 Terapia cognitivo-conductual.....	17
3.4.4.1 Intervenciones.....	19
3.5 Terapia grupal.....	21
3.6 Terapia grupal en la obesidad.....	23
4. Metodología.....	27
4.1 Tipo de estudio y diseño.....	27
4.2 Participantes.....	27
4.3 Instrumentos.....	27
4.4 Procedimiento.....	28
5. Desarrollo.....	29

5.1 Presentación de la institución.....	29
5.2 Describir cómo la terapia de grupo fomenta el aprendizaje de nuevos hábitos de conducta en personas que asisten a grupos de descenso.....	30
5.3 Analizar si la pertenencia y el apoyo grupal aumentan el compromiso y la motivación del paciente para mantenerse en tratamiento en obesidad en grupos de descenso.....	34
5.4 Describir cómo la terapia de grupo genera nuevas estrategias de resolución de problemas en personas con obesidad que asisten a grupos de descenso.....	39
6. Conclusiones.....	43
6.1 Resumen del desarrollo.....	43
6.2 Limitaciones.....	44
6.3 Perspectiva crítica.....	45
6.4 Aporte personal.....	46
7. Referencias bibliográficas.....	49

1. Introducción

La Práctica de Rehabilitación Profesional se realizó en una institución que se dedica al tratamiento de personas con obesidad. Consistió de 280 horas presenciales en la clínica durante alrededor de 3 meses, asistiendo a las terapias grupales. El centro terapéutico ofrece este tipo de terapias para trabajar tanto el descenso como el mantenimiento de peso de los pacientes. Su objetivo es que ellos puedan modificar hábitos de conducta disfuncionales y que puedan cambiar su relación con la comida.

A partir de la observación de las terapias de grupo en la institución y de distintas entrevistas tanto a psicólogos como a pacientes, se intentó conocer mejor cuáles son los aportes de las terapias grupales al tratamiento de la obesidad.

2. Objetivos

General

Analizar los aportes de la terapia de grupo en el tratamiento en una institución que trabaja con obesidad.

Específicos

- Describir cómo la terapia de grupo fomenta el aprendizaje de nuevos hábitos de conducta en personas que asisten a grupos de descenso.
- Analizar si la pertenencia y el apoyo grupal aumentan el compromiso y la motivación del paciente para mantenerse en tratamiento en obesidad en grupos de descenso.
- Describir cómo la terapia de grupo genera nuevas estrategias de resolución de problemas en personas con obesidad que asisten a grupos de descenso.

3. Marco teórico

3.1 Obesidad

Hurtado López y Macías Rosales (2014) definen a la obesidad como el exceso del tejido adiposo del cuerpo determinado por un desequilibrio energético, en donde hay un alto grado de ingesta de energía y un bajo gasto de la misma. Resulta importante comprender que es una enfermedad crónica que se encuentra tanto en hombres como en mujeres de igual forma, siendo éstas últimas las que más consultan en clínicas de reducción de peso (Bersh, 2006). Representa el trastorno metabólico y nutricional más antiguo en la historia de la humanidad (Daza, 2002). Para diagnosticar la obesidad se utiliza el índice de masa corporal, que implica la relación entre el peso del cuerpo y la talla en centímetros al cuadrado (Chavarría Arciniega, 2002). La obesidad es consecuencia de un desequilibrio entre las calorías que provienen de la ingesta, y el gasto energético del cuerpo y su actividad física, expresado por el índice de masa corporal mayor o igual a 30 (Bersh, 2006). Esta enfermedad posee una génesis multifactorial y suele estar acompañada de comorbilidad. Resulta difícil encontrar una solución rápida y definitiva (Lafuente, 2011).

La obesidad constituye uno de los principales problemas del último siglo determinado por el exceso de grasa corporal: así se diferencia del sobrepeso, el cual refiere a un exceso en el peso del cuerpo que abarca a todos los tejidos, no únicamente grasas, sino también huesos y músculos (Aburto Galván, 1999). Por este motivo es posible tener sobrepeso sin estar obeso, como puede ser el caso de una persona que tiene gran cantidad de masa muscular. La obesidad está determinada por el exceso de grasa en el cuerpo. En algunos casos la persona puede tener sobrepeso, causado por la masa muscular y los huesos, y no por un exceso de grasa.

La obesidad se conceptualiza como una enfermedad compleja caracterizada no sólo por su cronicidad sino también por su heterogeneidad en relación a su expresión clínica. La salud del sujeto se ve alterada de diferentes maneras, teniendo impacto en los aspectos psicológicos y sociales así como en los

biológicos de la persona (García, 2004). Por esta razón, Vázquez (2004) afirma que la enfermedad debe ser comprendida desde un enfoque biopsicosocial. Esta pandemia puede ser un factor de riesgo de otros trastornos, puede constituir un síntoma de otras psicopatologías o bien puede ser el resultado de regulaciones homeostáticas (Vázquez, 2004).

Esta problemática está asociada con mayores riesgos cardiovasculares, con problemas respiratorios, ortopédicos, diabetes y a su vez provoca un gran impacto en el status social y en la autoestima de la persona que padece la enfermedad (Aburto Galván, 1999). A su vez, la obesidad produce alteraciones metabólicas, intolerancia a la glucosa, hipertensión arterial, aumento del riesgo cardiovascular y alteraciones hepáticas (Chavarría Arciniega, 2002). Su asociación a distintos tipos de cáncer, a trastornos osteoarticulares y problemas en los músculos y ligamentos producen un deterioro en la calidad de vida alterando directamente la salud y el bienestar físico y psíquico de tanto niños como adultos (Albala, Kain, Burrows & Díaz, 2000).

Velásquez y Alvarenga (2001) señalan que es más frecuente encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas que padecen obesidad que en aquellas que tienen peso normal. Dichas alteraciones pueden ser agorafobia, fobia simple, depresión mayor, dependencia del tabaco y bulimia. A su vez, la enfermedad produce un descenso de la autoestima, ansiedad, hostilidad y autoculpabilidad, y rechazo laboral o social (Forga, Petrina & Barbería, 2002).

Montero et al. (2002) consideran que muchos pacientes en ocasiones no ven a la obesidad como una enfermedad, por lo que puede pasar desapercibida en un principio. La obesidad ha sido minimizada e ignorada como problema de salud (Bauzá & Céliz, 2007). Los recursos de salud no son destinados hacia esta problemática sino que son dirigidos a inconvenientes derivados de la misma. Esta patología no ha sido pensada como una enfermedad hasta la demostración de las complicaciones de salud que acarrea. Siendo un factor de riesgo de diferentes enfermedades, debe ser considerada un importante problema médico, más aun conociendo su creciente desarrollo. Velásquez y Alvarenga (2001) observan que algunos médicos ven a los pacientes obesos

como débiles y faltos de voluntad, lo que puede generar serios problemas en la conducta, en las habilidades sociales, en la personalidad y en la sexualidad.

La prevención es fundamental para enfrentar la obesidad: Es necesaria la enseñanza desde la infancia de estilos de vida saludables que incluyan una oferta alimentaria adecuada. Resultan de suma importancia las medidas gubernamentales que tomen en consideración modificar la disponibilidad de alimentos de riesgo y que promuevan campañas educativas e informativas fomentando una vida más activa (Montero, Cúneo, Facchini & Bressán, 2002).

La obesidad debe ser comprendida como un problema de salud pública por su creciente desarrollo y expansión a nivel mundial (García, 2004). Braguinsky (2002) la define como una enfermedad crónica no transmisible, que por su extensión en distintos países a lo largo de todo el mundo se la puede considerar una epidemia global. Representa un fenómeno universal que no reconoce ningún tipo de límites, ya sea geográficos o sociodemográficos. No se restringe a un grupo específico de población, afecta en forma indiscriminada a individuos de muy distintas sociedades (Gutiérrez-Fisac, Regidor, López García, Banegas & Rodríguez Artalejo, 2003).

3.2 Prevalencia

Daza (2002) postula que la prevalencia de la obesidad ha aumentado considerablemente en países en desarrollo e industrializados. Es la segunda causa de muerte prevenible detrás del tabaquismo en los Estados Unidos (Forga et al., 2002). Causa alrededor de 300.000 muertes al año y la mortalidad en obesos mórbidos es 12 veces superior que en población de peso normal. La Organización Mundial de la Salud calificó a esta enfermedad como epidemia mundial en 1998, tomando en cuenta que existen a nivel global más de un billón de adultos con sobrepeso, de los cuales por lo menos 300 millones de ellos son obesos (Sánchez Castillo, Pichardo Ontiveros & López, 2004).

Kovalskys, Bay, Rausch Herscovici, y Berner (2003) explican que la prevalencia de la obesidad infantil está avanzando de manera alarmante tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. En algunos países latinoamericanos las tasas de sobrepeso y obesidad son similares a las

de Estados Unidos. En Chile se observa un incremento del 50% al 110% en las cifras de obesidad entre 1985 y 1995 en niños pequeños. En Argentina hay una prevalencia de obesidad de 10,8% en niños de 0 a 24 meses. América Latina se encuentra bajo un período de transición nutricional: se observa un incremento de la obesidad como problema de malnutrición en las clases de menos recursos. La prevalencia de la enfermedad se ha duplicado entre 1972 y 1990 (Chueca, Azcona & Oyárzabal, 2002). El 80% de los niños y adolescentes obesos seguirán presentando esta enfermedad en su vida adulta. Es frecuente que los adultos que presentan esta patología hayan tenido en su infancia el mismo problema, manteniéndolo a lo largo de su vida.

De acuerdo a los estudios de Gutiérrez-Fisac et al. (2003) la prevalencia de la obesidad en la población adulta española ha aumentado un 5% entre los años 1987 y 1997. Este porcentaje es similar al observado en Estados Unidos, en donde se observaron incrementos anuales del 0.5%-1%. En Australia, Canadá y distintos países europeos se produjo un aumento similar. Dicho incremento no es exclusivo de los países desarrollados; en países como Brasil, India y Mauritania a su vez se produjeron aumentos en los porcentajes de obesidad. Braguinsky (2002) postula que en México, de acuerdo a estudios realizados en la década de 1990, sólo el 39% de los individuos estudiados tenían peso normal. El 38% poseía sobrepeso y el 23% de la población estudiada padecía obesidad. En Ecuador el 10% de la población mayor a 20 años posee obesidad y el 40% tiene sobrepeso. En estudios realizados en Argentina el sobrepeso ronda el 60%, mientras que en Latinoamérica, es en Paraguay en donde se observan los mayores porcentajes de obesidad y sobrepeso. En asunción el sobrepeso es de más del 60%.

Stunkard (2000) argumenta que la obesidad tiene mayor prevalencia en mujeres de condiciones socioeconómicas bajas que en mujeres de condiciones socioeconómicas altas. Esto se debe a que éstas últimas tienen mayor tendencia a realizar dietas y a su vez poseen mayores recursos para acceder a los alimentos destinados a tal fin. Del mismo modo tienen mayores conocimientos en nutrición y consideran en ocasiones a la delgadez como sinónimo de éxito social; esta idea produce un incremento de la motivación en

mantenerse delgada. Las mayores probabilidades de poder realizar ejercicios físicos lógicamente disminuyen el riesgo de contraer la obesidad.

Bacardí-Gascón, Jiménez-Cruz, Jones y Guzmán González (2007) calculan que actualmente hay cerca de 250 millones de personas con obesidad en todo el mundo y el doble o triple de personas con sobrepeso. Los autores sugieren que hay una prevalencia muy alta de sobrepeso, obesidad y obesidad abdominal en niños de ambos géneros. Esta alta prevalencia de la enfermedad en niños en período escolar requiere la identificación de los factores de riesgo en los períodos prenatal, posnatal, período preescolar y escolar, así como estrategias de prevención para dichas etapas señaladas. No resulta sencillo definir a través de una sola causa la génesis de la obesidad ya que justamente intervienen múltiples factores, ya sea biológicos, culturales, de comportamiento, medioambientales y económicos (Elgart et al., 2010).

3.3 Etiología

Las tendencias actuales de la obesidad se deben a la inactividad y el sedentarismo así como a los cambios dietarios, en los que se mantienen dietas ricas en energía y altas en grasas (Albala et al., 2000). La gran variedad de alimentos, así como la vida industrializada y ociosa producen el desequilibrio entre la energía incorporada y el gasto calórico (Daza, 2002). Dicho desequilibrio ocasiona un incremento en el peso y en el depósito de grasa, produciendo así la obesidad. Hay un mayor almacenamiento de alimentos en forma de grasas que los necesarios para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo.

El sedentarismo es un factor predisponente de la obesidad. Resulta complicado a veces detectar si las personas que padecen obesidad son menos activas a causa de su enfermedad, o si su sedentarismo inicial es en realidad el causante de su obesidad (Martínez et al., 2002). Kaufer-Horwitz, Tavano-Colaizzi y Ávila-Rosas (2001) acentúan el foco en el cambio en el estilo de vida como factor predisponente de la obesidad: El consumo excesivo de energía y la reducción de la actividad física son vitales a la hora de comprender la etiología de esta pandemia. Tanto en países desarrollados como en aquellos que están en vías de desarrollo se pueden encontrar altos porcentajes

relacionados con esta enfermedad, en gran medida debido a la reducción de la actividad física en distintos empleos así como los equipos automatizados que ahorran dicha actividad.

La evolución tecnológica que facilita las actividades de la vida cotidiana fomenta en gran medida el sedentarismo en la población. Si el mismo está acompañado a su vez de una alimentación inadecuada se induce a la reducción del movimiento del individuo. La tecnología aleja a la población de la preferencia por las actividades o ejercicios físicos. Esta inactividad en las personas es predisponente de la obesidad y el sobrepeso (Bastos, González Boto, Molinero González & Salguero del Valle, 2005).

El desinterés por la actividad física y la gran cantidad de horas sentado en el trabajo son predictores de la enfermedad. Hace varias generaciones la actividad a realizar era salir a jugar, mientras que ahora puede ser quedarse acostado viendo la televisión. Esto marca la diferencia del consumo de calorías que implica cada actividad (Martínez et al., 2002). La reducción de los trabajos físicos debido a los adelantos tecnológicos, así como la menor cantidad de tiempo de juego al aire libre por la preferencia a juegos electrónicos y la televisión, constituyen factores trascendentales para comprender la etiología de la obesidad (Peña & Bacallao, 2001). A su vez, el mayor uso del transporte automotor, de las escaleras mecánicas y el ascensor, favorecen el desarrollo del sobrepeso.

Bastos et al. (2005) postulan que la costumbre de comer fuera de casa favorece el aumento del tejido adiposo de los individuos ya que los alimentos por lo general suelen poseer un alto contenido calórico. El abuso en el consumo de este tipo de alimentos contribuye al sobrepeso. Por lo tanto la cantidad de calorías del alimento ingerido, la composición y el tamaño del mismo, y la cantidad de comidas diarias son predisponentes de la obesidad.

El mayor consumo de alimentos de alta densidad energética y bajo contenido nutritivo así como el alto consumo de azúcares, de carbohidratos refinados, de grasas saturadas y colesterol, favorecen el desarrollo de la enfermedad. A su vez, el aumento en el tamaño de las porciones de alimentos, especialmente en restaurantes y cadenas de alimentos rápidos, resultan ser modificaciones

trascendentes en los patrones alimentarios que dan cuenta de un mayor riesgo de poseer sobrepeso (Peña & Bacallao, 2001). La abundante disponibilidad de alimentos, la reducción de los ejercicios físicos y la costumbre que predomina en las sociedades de comer en mayor cantidad al final del día, fomentan el desarrollo de la enfermedad (Hernández-Jiménez, 2004).

Martínez, Moreno-Aliaga, Marques-Lopes y Marti (2002) sostienen que el papel de la herencia, los factores dietéticos y metabólicos, y la actividad física son aspectos a tener en cuenta en la etiología de la obesidad. La predisposición genética se relaciona tanto con la ingesta como con el gasto. Los genes están implicados en la regulación del peso corporal; algunos de ellos se relacionan específicamente con el control de la ingesta, mientras que otros podrían afectar la ecuación energética (ingesta y gasto). A su vez, la predisposición genética puede cambiar el efecto de la actividad física en las personas, lo que indicaría que hay sujetos más propensos a ganar o perder peso que otros. El impacto genético como factor etiológico de la obesidad es de aproximadamente un 30% o 40%, mientras que el restante porcentaje se atribuye a factores ambientales (Hernández-Jiménez, 2004).

El denominado “gen de la obesidad” codifica la proteína leptina en las células adiposas. La leptina actúa a nivel del hipotálamo e influye en el apetito y en el balance energético. A su vez se ha descubierto una deficiencia de leptina en algunas personas, lo que produce que la saciedad se encuentre alterada, de forma que persiste el hambre y lleva a la persona al consumo exagerado de alimentos. En el sistema nervioso central se localizan los mecanismos que contribuyen a la regulación del metabolismo energético. El hipotálamo tiene influencia en la regulación de la ingestión de alimentos existiendo un centro de saciedad cuya estimulación trae consigo el cese de la misma. El hiperinsulismo, el síndrome de Cushing y el hipotiroidismo son factores endócrinos que se asocian con el desarrollo de la obesidad. El desequilibrio hormonal primario afecta el comportamiento alimentario y el gasto de energía, dando lugar a un balance energético positivo que provoca el almacenamiento de la energía en el tejido adiposo. A su vez la sobrealimentación en los primeros meses de vida es un factor a tener en cuenta en el desarrollo de la obesidad, más allá de que puede ocurrir en otras etapas de la vida. El abuso de

alimentos ricos en lípidos favorece el depósito en forma de grasa corporal (Kaufer-Horwitz et al., 2001). Las comidas ricas en grasas y de alto contenido calórico inducen a un consumo exagerado de las mismas, produciendo así un elevado consumo calórico que incrementa el tejido adiposo (Bastos et al., 2005).

Debido al gran incremento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años se puede deducir la importancia de los factores ambientales en el desarrollo de la enfermedad, más allá del ya analizado factor genético. Los nuevos modelos nutricionales y de actividad física deben ser considerados a la hora de analizar la etiología de ésta pandemia (Martínez et al., 2002). La obesidad como sinónimo de afluencia en algunas culturas, y la relación de ésta problemática a un patrón cultural de belleza en lugar de observarlo como expresión de una enfermedad que debe ocupar a los profesionales de la salud, favorecen el desarrollo de la pandemia (Peña & Bacallao, 2001). Si bien es muy importante meditar y reflexionar acerca de las distintas teorías etiológicas de la obesidad resulta apropiada la consideración de que no todas las personas con obesidad tienen un mismo agente desencadenante, por lo que es importante para tratar la enfermedad poder identificar y estudiar cada caso en forma individualizada (Bastos et al., 2005).

3.4 Tratamiento

El tratamiento se aborda desde diferentes técnicas dependiendo de la posición teórica en que uno se sitúe (Lafuente, 2011). Pueden ser terapia de conducta, terapia psicodinámica, terapia interpersonal o tratamiento cognitivo-conductual. Aun así es importante remarcar la importancia del trabajo interdisciplinario, en donde los profesionales trabajen en forma conjunta siguiendo criterios conceptuales comunes de tratamiento.

Lo más importante para reducir el peso en pacientes obesos es la disminución de la ingesta calórica, la actividad física y el apoyo psicológico destinado a modificar hábitos de conducta insalubres (Daza, 2002). Velásquez y Alvarenga (2001) sostienen que los tratamientos deben apuntar a mejorar los hábitos de alimentación dotando al sujeto de habilidades de autocontrol y resolución de problemas que contrarresten de esta manera la falta de apego a la terapia.

Murguía, Sierra y Tamayo (2014) establecen que la terapia en la obesidad debe focalizarse en estrategias para promover y mantener nuevas conductas saludables para neutralizar el sedentarismo, la sobreingesta, los malos horarios de alimentación, el excesivo consumo de hidratos así como la baja autoestima. Si bien este trabajo está pensado desde un modelo cognitivo-conductual, resulta válido mencionar distintos enfoques para una mayor comprensión de la problemática y su tratamiento.

3.4.1 Enfoque nutricional

Los objetivos del tratamiento son modificar hábitos de alimentación inadecuados y reducir la masa grasa del paciente. El cambio de hábitos es esencial ya que no tiene sentido reducir la grasa corporal si luego se reincidirá en conductas alimentarias que produzcan la ganancia del peso perdido. Para reducir la grasa del cuerpo es importante reducir la ingesta calórica de alimentos y elevar el gasto energético mediante la actividad física. Cada individuo debe poseer su propia dieta, la cual debe ser completa, suficiente, equilibrada y variada. Es preferible realizar un plan alimentario que sea capaz de conservarse en el tiempo y cuyos resultados se observen a largo plazo, que una dieta que produzca cambios bruscos y que sea más difícil de sostener (Bourges-Rodríguez, 2004).

Para prescribir correctamente una dieta es relevante conocer los hábitos alimentarios del paciente, es decir, los horarios de las comidas, dónde y con quiénes se realizan las mismas, así como sus distintas actividades cotidianas. Los autores aconsejan una alimentación variada que incluya alimentos de todos los grupos. Es fundamental realizar las 4 comidas diarias sin saltarse ninguna. La dieta hipocalórica consiste en la reducción de entre un 25 % y un 30% del aporte calórico considerando el peso y la edad del paciente. Resulta válido considerar que la obesidad incluye un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, por lo que se debe abordar esta enfermedad en términos de reducir los aportes de energía y aumentar el gasto de la misma, obteniendo como resultado un balance calórico negativo (Salas-Salvadó & Lorda, 2001).

3.4.2 Terapia psicoanalítica

Peña y de la Rubia (2011) entienden que para muchas personas que padecen obesidad, su enfermedad es una función positiva que desempeña un mecanismo compensatorio ante una vida frustrante y estresante. Se puede hablar de un mecanismo de adaptación a la realidad externa de la persona, en donde la sobreingesta y el exceso de grasa parecieran funcionar como mecanismos de defensa ante la ansiedad o depresión. Es por este motivo que las personas tienden a un mayor consumo de alimentos cuando tienen preocupaciones o tensiones emocionales.

El comer representa una actividad autoerótica privada de toda fantasía. Es una acción en sí misma que busca colmar un vacío. Dicho acto no representa en un primer momento un problema para el sujeto, sino que lo constituye cuando está más avanzado o aparecen razones médico-clínicas. Los sujetos que padecen obesidad carecen de un registro interno de saciedad, entonces les resulta difícil establecer una medida o proporción en la ingesta; quieren comer en abundancia para obturar la falta (Chades, Moya & Bower, 2009).

Desde este punto de vista psicoanalítico la sobreingesta es como un síntoma, es una reacción ante un afecto que no es tolerado por el yo consciente de la persona. Entonces es posible afirmar que la obesidad surge como un conflicto psíquico no resuelto por los mecanismos de defensa. Esta enfermedad es el signo de un deseo insatisfecho, el cual la persona intenta llenarlo con comida; el hambre es insaciable debido a ese deseo que no es satisfecho nunca. Este intento fallido de saciar el deseo mediante la comida corporiza al deseo, es decir que la persona no tiene hambre fisiológico sino que es el reflejo del deseo insatisfecho el que ocasiona el hambre (Peña & de la Rubia, 2011).

3.4.3 Terapia conductual

Kaufer-Horwitz et al. (2001) sugieren que las terapias de conducta están diseñadas para modificar los patrones conductuales de alimentación que contribuyen al exceso de peso. Es esencial que el paciente tome conocimiento e identifique qué situaciones, emociones o sentimientos los conducen a tener una ingesta excesiva. Los autores proponen que los descubrimientos de Skinner en relación al condicionamiento operante son de gran importancia para la modificación de conductas disfuncionales. Este tipo de condicionamiento formula que nuestra conducta opera en función del medio ambiente y genera respuestas que retroalimentan nuestros sentidos, reforzando una conducta así a pesar de que no exista una demanda orgánica. El apetito es un ejemplo de este tipo de comportamiento ya que cuando es saciado provoca placer. En algunas ocasiones mediante la ingestión de alimentos se pueden desaparecer sensaciones de malestar sin que se haya necesariamente sentido hambre. Esto significa que una conducta es aprendida y por lo tanto puede ser modificada. Controlar la ingestión de alimentos y fomentar la actividad física para provocar el gasto energético resulta sumamente importante en el tratamiento.

Las medidas de autocontrol de los pacientes son importantes a lo largo de todo el tratamiento. Ellos deben tomar una posición activa en el mismo observando y reflexionando acerca de sus conductas de ingesta de alimentos (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez & Vidal, 1997). El paciente debe evitar situaciones que desencadenan ingesta excesiva. Es trascendente que el paciente comprenda la importancia de respetar el orden en horarios y comidas sin dispersarse al realizar otras tareas simultáneamente. (Bersh, 2006).

Kaufer-Horwitz et al. (2001) consideran que son importantes los hábitos alimentarios, la respuesta conductual y las consecuencias de la conducta. El primero de ellos refiere a que una vez identificados pueden corregirse y modificarse. Se puede eliminar la conducta alimentaria (comer por aburrimiento), modificar dicha conducta ya que no puede ser eliminada por completo (en una reunión si está mal visto rechazar una bebida se puede reducir la ingestión de la misma) o reforzar las conductas que promueven un

buen hábito alimentario. La respuesta conductual alude a trabajar sobre acciones que lleven hacia una conducta positiva en relación a la alimentación logrando que ésta sea considerada un momento de comunicación, relación e intercambio social. Por último, los autores reflexionan acerca de las consecuencias de la conducta alimentaria, dando a entender son más efectivos los refuerzos positivos destacando los logros obtenidos que las medidas punitivas. El refuerzo de la conducta es muy útil ya que incrementa la motivación del paciente así como las respuestas apropiadas. De esta manera se mantienen y valoran los logros obtenidos hasta el momento destacando al paciente por su conducta (Casado et al., 1997).

3.4.3.1 Intervenciones

Los programas de tratamiento conductuales hacen especial hincapié en las técnicas de autocontrol, las cuales dotan al paciente de habilidades para controlar su conducta e identificarla como nociva para su bienestar (Velásquez & Alvarenga, 2001). A su vez es importante considerar si la persona posee apoyo social y familiar para lograr mantener el tratamiento. Los autores señalados destacan distintas intervenciones: la primera de ellas es el automonitoreo, el cual alude al registro diario de la ingesta de alimentos para llevar un control de lo que se come así como de las circunstancias en las cuales se lleva a cabo dicha actividad. El automonitoreo resulta útil para la modificación de hábitos alimentarios. Casado et al. (1997) explican que mediante esta técnica la persona toma consciencia de lo que come y de las situaciones en las que lo hace. Los autores subrayan el papel del establecimiento de metas adecuadas y realistas así como submetas que permitan mantener la motivación para llegar al objetivo final. Para esto deben poder reforzar su esfuerzo de forma que la utilización de los reforzadores les permitan conservar la energía a medida que van consiguiendo las submetas.

Cabe destacar la ya mencionada importancia que le atribuyen Murguía et al. (2014) a la modificación de comportamientos con su posterior establecimiento de nuevas conductas más saludables. Esta es una buena manera de contrarrestar la vida sedentaria así como los malos horarios alimenticios. La técnica del modelado es altamente recomendable; la misma consiste en

adquirir conductas nuevas, inhibir conductas ya existentes en la persona y facilitar aquellas conductas que los sujetos aún no pueden poner en marcha. Para esto los terapeutas deben exhibir delante del grupo dichas conductas para ponerlas en práctica (Casado et al., 1997).

De acuerdo a Velásquez y Alvarenga (2001) no son recomendables las dietas rígidas por su poca probabilidad de conservarlas en el tiempo. Otra intervención importante en cuanto a la flexibilidad en el programa de alimentación es que son aconsejables opciones de alimentación balanceadas y flexibles. Deben considerarse a las recompensas en el tratamiento ya que resultan de gran utilidad estimulando al paciente. A medida que logra objetivos la recompensa funciona para mantener la motivación. Por último es válido reflexionar en que son significativos los cambios de actitud al momento de comer en el paciente. Estos cambios facilitan comer menos sin sentirse privado de alimentos. Torrecillas y García (1994) recomiendan llevarse trozos pequeños de alimento a la boca, enlentecer el acto de comer, dejar que pasen varios minutos entre el primer y segundo plato o masticar en reiteradas oportunidades la comida.

3.4.4 Tratamiento cognitivo-conductual

Una intervención psicológica centrada en las dificultades emocionales y psicológicas asociadas a la obesidad provocaría una notable mejoría en la motivación y actitud de los pacientes; esto produciría la incorporación de nuevos hábitos saludables que conducen a nuevas habilidades de autocontrol y mayor autoestima (Nuñez & Bravo, 2012). Es imprescindible un tratamiento integral que abarque los aspectos psicoeducativos, médicos, nutricionales y psicológicos. El tratamiento de la obesidad es extenso y difícil por la alta tasa de recaídas. Es fundamental cambiar el estilo de vida del paciente para que pueda superar la enfermedad (Bersh, 2006). A su vez, de acuerdo a Rodríguez Morán et al. (2014), resulta fundamental que el paciente conozca y reflexione acerca de los pensamientos y comportamientos que lo llevan a comer en forma excesiva; de esta manera se podrán modificar dichas conductas dotando al sujeto de habilidades para resolver las situaciones que lo llevaban a la ingesta en exceso.

Los tratamientos cognitivos-conductuales modifican los esquemas de creencias permitiéndole al paciente reflexionar acerca de los mismos y relacionarlos con conductas disfuncionales y perjudiciales para su salud (Sosa et al., 2010). Leija-Alva et al. (2011) explican que estos tratamientos transforman las estructuras cognitivas para que el paciente no tenga una forma rígida de pensar su problema; esto incide en los cambios en hábitos y pensamientos vinculados a la obesidad. Los afectos y la conducta se encuentran determinados por la manera en la que el individuo estructura el mundo; estos esquemas se sustentan a partir de experiencias anteriores que ha tenido el sujeto. Rodríguez-Morán et al. (2014) afirman esta idea considerando que mediante la terapia cognitivo conductual se identifican y trabajan problemas del ámbito psicosocial que se vinculan directamente con la ingesta excesiva de alimentos. El sujeto tiene un rol activo en el cual debe incorporar un estilo de vida saludable a partir de conductas nuevas más apropiadas.

La psicoterapia cognitivo conductual pone el foco en las conductas a cambiar y en las formas de llevarlo a cabo. Es importante que el paciente observe su conducta, sentimientos y pensamientos de manera que los relacione con sus hábitos alimentarios, obteniendo así conductas más beneficiosas para poner en práctica en su vida cotidiana. La modificación de los hábitos no se produce en forma rápida. El paciente debe comprender la relación disfuncional entre sus afectos y su conducta alimentaria. De esta manera puede corregir sus hábitos de alimentación reflexionando sobre sus ansiedades, temores y formas de reaccionar frente a las situaciones cotidianas. Esto último no es muy tenido en cuenta por los pacientes en general, quienes se concentran en la parte estética (belleza, imagen corporal) y en el resultado inmediato (Lafuente, 2011).

Para tener un mejor control sobre la comida, Leija-Alva et al. (2011) enfatizan en que deben atenderse los estímulos que anteceden a la ingesta excesiva de comida, ya que de esta forma es que se podrán cambiar los hábitos desadaptativos así como los esquemas cognitivos disfuncionales. Los estudios de Torrecillas y García (1994) dan cuenta de que para cambiar estos hábitos desadaptativos es importante romper las diferentes conductas que derivaban en comer cantidades inapropiadas. Para poder sustituir estas conductas disfuncionales se deben modificar los pensamientos automáticos negativos por

otros más adaptativos. Si se cambian los hábitos de vida, hay mayores probabilidades de que se reduzca el peso del paciente.

3.4.4.1 Intervenciones

Para el tratamiento de descenso de peso se destacan distintas intervenciones propias del enfoque cognitivo-conductual:

Velásquez y Alvarenga (2001) remarcan el papel del ya mencionado control del estímulo, el cual consiste en evitar las situaciones que inducen a comer en forma excesiva ya que resulta vital para lograr un cambio. Se induce a los pacientes a que mientras coman no realicen otra actividad para llevar un mayor control y conocimiento acerca de lo que están comiendo sin ningún distractor.

Otra intervención es la reestructuración cognitiva, la cual hace especial hincapié en el conocimiento que el paciente posee de sus propios sentimientos y emociones, y la relación entre dichas emociones y las situaciones de ingesta. A su vez es importante detectar los pensamientos negativos automáticos y sustituir las creencias e ideas equivocadas por creencias más apropiadas. Constituyen focos de trabajo la autoestima, la actitud ante las críticas, y la valoración de las fortalezas, ya que son fundamentales para el progreso del paciente (Lafuente, 2011). Ésta intervención resulta ser imprescindible ya que es fundamental detectar y analizar los pensamientos negativos e irracionales en relación a la enfermedad para que los pacientes puedan darse cuenta de cómo influyen estos pensamientos en su conducta disfuncional (Casado et al., 1997).

Una intervención preponderante en el tratamiento de la obesidad es el desarrollo de habilidades y manejo del estrés: es fundamental que el paciente pueda desarrollar estrategias de resolución de problemas frente a situaciones que en otro momento le producían episodios de alimentación excesiva (Velásquez & Alvarenga, 2001). Requiere especial importancia el aprendizaje de nuevas conductas alternativas en lugar de comer, así como lograr la regulación de afectos (Lafuente, 2011). Para aprender nuevas estrategias de resolución de problemas se debe en principio identificar cuándo, dónde y por qué surge el problema en relación al vínculo con la comida. A partir de ahí es

importante generar distintas alternativas para poder afrontarlo para luego determinar cuál de ellas es la más apropiada y conveniente evaluando sus consecuencias y resultados (Casado et al., 1997). La identificación de las situaciones problemáticas que dificultan el tratamiento así como los pensamientos y estados de ánimo que sobrevienen en dichas situaciones son esenciales para buscar una respuesta alternativa al problema. De esta forma se reconsidera la respuesta habitual entendiendo que la misma impide la obtención de los objetivos planteados en el tratamiento (Torrecillas & García, 1994).

El entrenamiento en resolución de problemas es muy importante tanto como la prevención de las recaídas. Para Velásquez y Alvarenga (2001) la prevención de recaídas es un proceso continuo destinado a conservar y mantener el peso perdido durante el tratamiento. La obesidad es una enfermedad con un alto grado de recaídas; por esta razón el tratamiento cognitivo conductual resulta de gran eficacia ya que mejora la adherencia al tratamiento y disminuye la deserción de los pacientes (Rodríguez-Morán et al., 2014). A su vez, el seguimiento y la evolución de la enfermedad como intervención persigue el objetivo de que el paciente descubra nuevas formas y conductas que pueda poner en práctica en su vida cotidiana, logrando de esta manera un mayor bienestar y satisfacción (Lafuente, 2011).

Es fundamental que el paciente pueda sostener la motivación para mantenerse en tratamiento. Si el paciente está convencido de llevarlo a cabo es mucho más factible que pueda poner en práctica las indicaciones de los profesionales (Montero et al., 2002). La motivación es un prerrequisito para comenzar la terapia. En muchos casos en un primer momento resulta difícil para los pacientes encontrar la motivación para llevar a cabo un tratamiento, deseando únicamente reducir el peso; no se percatan de que para afrontar la enfermedad se deben cambiar a su vez otras áreas de su vida. Para poder estabilizar y mantener el peso es importante que el paciente confronte sus propias creencias e ideas encontrando opciones más adecuadas para sus patrones habituales de conducta. Se intenta crear una disonancia cognitiva para que reflexione y cuestione su propio sistema de ideas favoreciendo así la sensación de incongruencia y por ende el aumento de la motivación (Lafuente, 2011).

La psicoeducación es a su vez importante para que el paciente comprenda que su enfermedad no es autoprovocada, sino que es producto de un desajuste regulatorio del balance energético. El tratamiento consiste en equilibrar el balance de energía, reduciendo el ingreso e incrementando el gasto energético. Incluye cambios en el estilo alimentario (dietoterapia), modificaciones en el estilo de vida y el tratamiento psicoterapéutico (Montero et al., 2002). La psicoeducación puede generar deseos de cambio y progreso. Es importante que el paciente comprenda lo que es la alimentación sana y saludable, los efectos de la obesidad en el cuerpo y en la salud así como factores que favorecen la enfermedad. Asimismo es vital que pueda establecer objetivos y metas realistas. A su vez resulta beneficioso que los pacientes puedan reflexionar en relación a sus emociones y creencias y que puedan cuestionarlas (Lafuente, 2011).

3.5 Terapia grupal

La terapia grupal consiste en el encuentro de un conjunto de individuos organizados en un momento y lugar determinados que tienen como objetivo en común el cambio de conductas disfuncionales y la afirmación de conductas sanas (O'Donnell, 1974, citado en Portillo, 2000). Este proceso psicosocial necesita de un terapeuta que sea capaz de mejorar la disfuncionalidad por la cual los integrantes del grupo están en el mismo. Moreno (1966) entiende a la psicoterapia de grupo como un método para tratar en forma consciente las relaciones interpersonales y los problemas psicológicos de los integrantes de un grupo. El término se utilizará cuando la meta única e inmediata del grupo sea la salud psicoterapéutica de los miembros del mismo, quienes todos poseen la misma importancia sin distinción alguna.

El cambio terapéutico se produce por medio de un intercambio de experiencias humanas, en donde cada individuo puede percibir una misma experiencia de forma diferente. El grupo terapéutico es similar a una familia; hay figuras de autoridad, hermanos o iguales, intimidad y fuertes emociones (Yalom, 2010). A diferencia de otros grupos, el grupo terapéutico centra su adhesión al mismo en habilidades, logros y aptitudes compartidas como así también por alguna deficiencia o problema común a los miembros del mismo. No todos los

integrantes se comportan de la misma manera; esta diferencia en cuanto a la conducta de cada miembro da lugar a distintos roles dentro del grupo (Portillo, 2000). En el grupo terapéutico cualquier miembro del mismo puede funcionar como agente terapéutico respecto de otro miembro. Se presencian interacciones terapéuticas y no terapéuticas, constituyendo las reacciones y relaciones de los pacientes entre sí de un elemento trascendente para el grupo en su conjunto. Estas reacciones que se producen dentro del grupo hacen que cada sesión sea única e irrepetible, ya que el desarrollo de la terapia incluye la incertidumbre de no saber con qué se va a encontrar uno en cada encuentro (Moreno, 1966).

El término terapia de grupo puede aludir al tratamiento de un conjunto de individuos congregados para efectuar sesiones terapéuticas especiales, así como al esfuerzo planificado para dilucidar las fuerzas que en un grupo llevan a una sencilla actividad cooperativa. En el grupo el sujeto es más que un sujeto en forma aislada, por lo que es posible afirmar entonces que el grupo es más que la suma de sujetos (Bion, 1994). La psicoterapia de grupo se propone curar y fomentar el cambio tanto de cada uno de los miembros del grupo como del grupo en su conjunto (Moreno, 1966). Cada integrante del grupo debe poder comunicar sus sentimientos y pensamientos con absoluta libertad y confianza de que lo que sucede en cada encuentro será tratado con confidencialidad. El grupo trabaja como un catalizador que regula la experiencia de vida disfuncional producto de la enfermedad del paciente. La psicoeducación es fundamental en el grupo terapéutico ya que fomenta y alienta estilos de vida saludables que contrarresten dicha disfuncionalidad de la vida cotidiana de la persona (Pérez & Álvarez, 2002).

Yalom (2010) sostiene que el terapeuta debe promover el desarrollo de habilidades sociales en los grupos terapéuticos y al mismo tiempo generar nuevas estrategias de resolución de problemas. El mismo autor refiere que los pacientes aprenden de la observación de la terapia de los demás, con quienes se identifican y tratan de imitar; expresar los afectos abiertamente al grupo resulta de suma importancia en el tratamiento. Para Portillo (2000) los integrantes del grupo están vinculados por la ansiedad y el conflicto interpersonal dando lugar a interacciones espontáneas en donde se ponen en

juego emociones y sentimientos; los miembros del grupo terapéutico no están allí por puro placer, sino que padecen de un conflicto en particular. Pérez y Álvarez (2002) establecen que un grupo debe tener un buen clima grupal, en el que se vinculen los miembros del mismo en forma colaboradora aumentando la motivación para alcanzar los objetivos propuestos. La alianza terapéutica constituye una red de relaciones y vínculos interpersonales que alcanza ya sea el vínculo entre los pacientes entre sí como con los terapeutas.

3.6 Terapia grupal en la obesidad

El tratamiento en grupo resulta más eficaz en el tratamiento de la obesidad ya que la comunicación de experiencias produce efectos trascendentes (Lafuente, 2011). El cambio está dirigido a la conducta alimentaria, la vida sedentaria y a los factores emocionales que intervienen en la obesidad. Leija-Alva et al. (2011) valorizan a la terapia cognitiva conductual grupal como el tratamiento por excelencia para tratar esta pandemia. Debe enfocarse en la adquisición de los hábitos alimentarios y en el fomento de la actividad física para modificar las estructuras cognitivas que impiden el progreso y que mantienen los hábitos y pensamientos disfuncionales vinculados con la comida. De acuerdo a Villalonga, Repetti y Delfante (2008) las personas se sienten más contenidas en el grupo ya que intercambian vivencias y sentimientos con los demás, lo que les permite a su vez tener un control semanal sobre su dieta. Se comparten logros y dificultades, se trabaja sobre la imagen corporal, se educa sobre hábitos de vida y se observan las emociones que disparan determinadas conductas.

La motivación es fundamental para mantener el tratamiento, resultando de vital importancia que el paciente encuentre las razones por las cuales quiere emprender y sostener el mismo (Montero et al., 2002). En el grupo se confrontan las conductas y creencias cambiando patrones habituales de conducta de forma que no repercutan en el peso del paciente; los sentimientos y las emociones no deben canalizarse por medio de la comida (Lafuente, 2011). La modificación de los patrones de conductas es esencial para el tratamiento; se debe producir una modificación en el estilo de vida (Montero et al., 2002). Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga (2014) destacan que

en el grupo se asume un compromiso. El comer en forma equilibrada y llevar una vida saludable es un hábito de vida, no un momento pasajero; se debe conservar ese hábito por siempre y no únicamente en un momento determinado. El grupo cumple el rol de sostén afectivo en el cual las emociones de uno influyen sobre el otro; no se habla únicamente de perder peso sino que también se realiza el aprendizaje sobre cómo elaborar y tramitar sentimientos.

Lafuente (2011) hace hincapié en el desarrollo de nuevas estrategias para resolver las dificultades o problemas; el entrenamiento en habilidades sociales, en resolución de problemas y la regulación de los sentimientos y emociones son pilares del tratamiento. Es de vital trascendencia que el paciente obtenga nuevas conductas y que las pueda poner en práctica en su vida cotidiana. Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga (2014) resaltan que la terapia de grupo puede producir la ruptura del vínculo disfuncional que tienen los pacientes con la comida así como modificar el estilo de vida que mantiene la enfermedad. Esto significa que el grupo potencia la toma de conciencia en relación a la obesidad, cuestiona las ideas distorsionadas e irracionales vinculadas a dicha problemática y a su vez psicoeduca al paciente, es decir que potencia su propio autoconocimiento en relación a su patología. Proveyendo explicaciones acerca del origen y del mantenimiento de los hábitos disfuncionales se les permiten a las personas identificar sus emociones así como comprender dichos hábitos. Es así que los pacientes pueden discernir cuando tienen hambre de cuando sienten saciedad tanto como distinguir lo que es el hambre fisiológico del hambre emocional.

El tratamiento de la obesidad debe enfocarse en el aprendizaje de técnicas cognitivo conductuales destinadas a cambiar hábitos de alimentación. Por medio de la terapia grupal se obtienen cambios en relación con conductas no saludables asociadas a la ingesta así como la reeducación de hábitos alimentarios. Aquellos pacientes que más modificaciones realizan en relación a dichos hábitos son aquellos que pueden verse más favorecidos en relación a la pérdida de peso, mientras que quienes no consiguen modificar sus hábitos de alimentación pueden registrar menor descenso de peso (Casado et al., 1997). En el grupo se proveen técnicas de manejo de estrés así como de resolución de problemas. El hecho de que algunos pacientes no logren identificar sus

propias emociones hace que recurran a la comida como forma desadaptativa para contrarrestar ese malestar. El grupo ayuda a que las personas cambien éste tipo de comportamientos que les terminan produciendo angustia por otros más adaptativos (Bersh, 2006).

Marcos et al. (2014) encontraron que las terapias en grupo son sumamente eficaces para el tratamiento de la obesidad y que su eficacia se incrementa aún más al estar combinada con actividad física. La terapia grupal debe enfocarse en modificar estilos de vida que a futuro harán mantener patrones de alimentación apropiados. Es trascendental que el paciente tome conciencia de lo importante que es que pueda sustituir determinados hábitos. De acuerdo a Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga (2014) para que se pueda producir dicho cambio terapéutico es necesaria la experiencia emocional que movilice y modifique la estructura psíquica del paciente. No alcanza sólo con la modificación de la conducta sino que es esencial la toma de consciencia, que se produzca un *insight* en la persona. Este *darse cuenta* ocurre en forma mucho más sencilla a través de la terapia de grupo, en la interacción, ya que el paciente puede identificar excusas y negación en los demás con mayor facilidad que en su propia persona. Los pacientes funcionan como modelo de lo que uno no puede ver en uno mismo. Eso que en un primer momento no pueden ver en ellos mismos lo ven reflejado en el otro produciéndose así ese *insight* necesario en la terapia.

Sosa et al. (2010) establecen que el tratamiento cognitivo conductual grupal está dirigido especialmente para modificar los esquemas desadaptativos, que llevarían no sólo a la pérdida de peso sino a un cambio comportamental. El pesimismo, la baja autoestima, la negatividad y las creencias disfuncionales deben ser combatidos a lo largo del tratamiento en grupo. Al modificar los esquemas de pensamiento se facilita la modificación de las conductas patológicas. El tratamiento grupal no sólo le da la posibilidad a los pacientes de identificar los pensamientos automáticos, las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas, sino que a su vez les permite realizar la reestructuración cognitiva. Esta última es fundamental para poder cambiar las alteraciones emocionales consecuentemente con sus respectivas conductas disfuncionales. Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga (2014) dan

cuenta de que al principio del tratamiento resulta de suma importancia que el paciente se enfoque en hacer y obedecer lo que le indican en el grupo. Haciendo es que la persona luego puede comprender y fortalecerse. Los nuevos hábitos de vida incorporados combaten el síntoma de la obesidad. El grupo funciona como un lugar de pertenencia y protección para el paciente, quien allí se siente comprendido y con cierto grado de tranquilidad. Los integrantes del grupo se retroalimentan entre sí aprendiendo nuevas estrategias de resolución de problemas así como nuevos hábitos de conducta, ya sea desde cómo manejarse en determinado evento social para no comer de más, hasta qué hacer y cómo actuar cuando se encuentran angustiados o bajo situaciones de estrés.

Fernández-Moreno, Jiménez-García y Monserrat (2007) realizaron estudios acerca del tratamiento cognitivo-conductual grupal en la obesidad. Los autores concluyeron que además de reducir el peso corporal, la terapia cognitivo-conductual grupal resulta de gran eficacia para modificar hábitos de vida, transformar emociones y pensamientos disfuncionales, y aumentar la motivación de los pacientes. Dicha motivación es esencial para mantener la voluntad de cambiar áreas y esferas de la vida de los sujetos en las que muestran gran vacilación y ambivalencia. Brosens, Terrasa, Ventriglia y Discacciatti (2015) plantean que el desarrollo de vínculos interpersonales y el sentimiento de pertenencia al grupo favorecen la adherencia al tratamiento. Al aumentar el compromiso afectivo entre los miembros del grupo se obtienen pares con quienes compartir las actividades del tratamiento, lo cual facilita la adherencia y el mantenimiento de la pérdida de peso a lo largo del tiempo. Los autores a su vez afirman que el tratamiento en grupo provee al paciente de estrategias de resolución de problemas y de habilidades sociales para modificar el estilo de vida.

En relación a los hábitos de vida, la terapia cognitivo-conductual grupal es de gran utilidad para combatir el sedentarismo, reemplazándolo por una vida más activa que incluya la actividad física (Fernández-Moreno et al., 2007). Este tratamiento le transmite a los pacientes la importancia de objetivos globales de bienestar en salud, y no únicamente la importancia del descenso de peso. Esta redefinición de las expectativas terapéuticas hace que los pacientes se

involucren con mayor compromiso en el tratamiento y no lo abandonen en forma inmediata cuando no vean los resultados esperados. La intervención cognitivo-conductual grupal resulta ser un tratamiento muy eficaz para la obesidad: Su eficacia se observa en los cambios de hábitos de vida, en el aumento de la motivación y en el desarrollo de estrategias de resolución de problemas en los pacientes (Brosens et al., 2015).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio y diseño

Estudio descriptivo-Diseño no experimental

4.2 Participantes/muestra

El estudio se llevó a cabo a través de dos grupos de personas que asistieron a la terapia grupal en la clínica, cuya duración es de 1 hora y media. El primero de ellos estaba conformado por alrededor de 40 personas mientras que el segundo incluía a aproximadamente 20 pacientes. Los grupos fueron coordinados por dos psicólogos, quienes poseen más de 10 años trabajando en la clínica y llevan 25 años aproximados de ejercicio de la profesión. La mayoría de los participantes eran mujeres mayores a los 20 años.

4.3 Instrumentos

Observación no participante de terapias de grupo en una clínica que trabaja con obesidad.

Entrevistas semi-estructuradas a psicólogos de una clínica que trabaja con obesidad para comprender mejor el funcionamiento del dispositivo grupal. Se indagó acerca de las diferencias existentes entre la terapia individual y la grupal en el tratamiento de la obesidad. De esta forma se comprendieron mejor los beneficios de la terapia de grupo en ésta problemática. Se indagó a su vez respecto de los obstáculos que presenta un tratamiento a distancia para entender en profundidad las diferencias entre aquellos pacientes que asisten al grupo con regularidad y aquellos que no lo hacen. A su vez se pretendió comprender mejor cómo se trabaja para mantener el compromiso y la motivación en los pacientes, cómo se logra que puedan obtener nuevas

estrategias de resolución de problemas y si la creación de nuevos hábitos de conducta se pueden sostener y conservar a lo largo del tiempo.

A su vez se realizaron diversas entrevistas semi-dirigidas a pacientes que asistían a los grupos terapéuticos en la institución. Se indagó acerca de cómo consideran que el grupo los ayuda y qué creen que les aporta a su tratamiento. Además se intentó comprender cómo se sienten luego de la terapia grupal y qué diferencias perciben en relación a cuando asisten al grupo con frecuencia y cuando no lo hacen.

4.4 Procedimientos

Se observaron las terapias grupales semanales durante alrededor de tres meses, siendo la duración de las mismas de 1 hora y media.

Se realizaron dos entrevistas de aproximadamente 25 minutos a psicólogos de la institución. A su vez se efectuaron siete entrevistas de alrededor de 15 minutos a pacientes de la clínica: tres de ellos eran mujeres mayores a los 30 años, mientras que el resto eran hombres mayores a los 40. Todos los pacientes entrevistados tenían por lo menos seis meses de tratamiento en la institución. La realización de las entrevistas permitió conocer mejor los aportes del dispositivo grupal desde la propia perspectiva de los integrantes del grupo.

5. Desarrollo

5.1 Presentación de la institución

La institución en donde se llevó a cabo la práctica propone un tratamiento integral para la obesidad que incluye el tratamiento médico, nutricional y psicológico. A su vez cuenta con actividades para realizar ejercicios físicos como complemento al tratamiento (gimnasio, yoga, actividades grupales al aire libre). El mismo incluye una dieta hipocalórica de 600 calorías diarias, personalizada a cada paciente en caso de ser necesario. Los pacientes deben pesarse todos los días para llevar un seguimiento constante de la evolución del tratamiento.

La clínica trabaja con terapias grupales para tratar los aspectos psicológicos de la enfermedad. Hay diversos grupos en distintos horarios para que puedan asistir la mayor cantidad de pacientes posible. Todos los días de la semana hay terapias grupales en la institución, ya sean grupos de descenso de peso o grupos de mantenimiento del mismo. A su vez cuenta con distintos centros terapéuticos en distintas provincias del país en donde los pacientes que provienen del interior pueden concurrir a ellos, o bien pueden realizar un tratamiento a distancia, siendo esta última opción poco aconsejable.

La institución posee un restaurante en donde los pacientes pueden realizar sus comidas o comprar viandas que son elaboradas especialmente de acuerdo a la línea del tratamiento. De esta manera se les facilita a las personas que están en tratamiento llevar adelante la dieta con menores dificultades.

La clínica cuenta con un equipo de terapeutas especializados en trastornos alimentarios, particularmente en obesidad. Los psicólogos cuando ingresan a trabajar a la clínica deben realizar la dieta hipocalórica durante una semana para, a través de la propia experiencia, comprender y así ayudar a los pacientes. Los terapeutas enfatizan en la modificación de la conducta del paciente como pilar fundamental del tratamiento.

5.2 Describir cómo la terapia de grupo fomenta el aprendizaje de nuevos hábitos de conducta en personas que asisten a grupos de descenso.

En la observación de la terapia grupal en la institución se pudo visualizar de qué manera los psicólogos se enfocaban en que los pacientes comprendan que el tratamiento consiste en un cambio en el estilo de vida. El objetivo no es sólo reducir el peso, sino que es fundamental que la persona comprenda que para curarse debe realizar un cambio en sus hábitos de vida, en sus costumbres, y en conductas que se encuentran naturalizadas y asentadas en la vida diaria. Tal como plantea Leija-Alva et al. (2011), la terapia grupal en la obesidad debe enfocarse en la adquisición de los hábitos alimentarios y en el fomento de la actividad física. De esta forma se pueden modificar las estructuras cognitivas que impiden el progreso y que mantienen los hábitos y pensamientos disfuncionales vinculados con la comida. Una de las psicólogas de la clínica establece que el paciente, al comenzar con el descenso de peso, “se estimula inmediatamente a seguir bajando, y de esa manera se van modificando los hábitos de conducta alimentaria”. Esto se produce ya que la persona, al observarse mejor, quiere continuar en ese camino de bienestar y es por este motivo que se encuentra dispuesta a cambiar determinadas conductas con el fin de conservar esa senda de satisfacción. En palabras de uno de los psicólogos, “adelgazar puede modificar los hábitos”. Resulta importante reflexionar acerca de ésta situación, ya que es posible dar cuenta de que el descenso de peso incrementa la motivación y por ende modifica la conducta. Montero et al. (2002) enfatizan acerca de la trascendencia que posee la modificación de los patrones conductuales, ya que dicho cambio es inherente al tratamiento. Se tiene que reformar el estilo de vida del paciente. Si no se produce esta modificación hay grandes probabilidades de que el paciente reincida en determinadas conductas y regrese a su peso inicial. De acuerdo a una de las psicólogas de la institución, “hay un hábito o tendencia a comer de más”. Dicho hábito debe justamente ser modificado para no caer en recaídas una vez logrado ciertos progresos.

En la observación de la terapia grupal, se pudo observar la importancia del cambio conductual inmediato cuando una de las psicólogas, ante el cuestionamiento de un paciente recién ingresado a la clínica, le respondió

“ahora no pienses ni razones, hacé lo que te decimos y vas a tener resultados”. La frase citada refleja una postura vinculada a una intervención centrada especialmente en la conducta del paciente. Lo que se intenta es que la persona en un primer momento pueda cumplir con las indicaciones terapéuticas más allá de no comprenderlas en ese momento en particular. Se hace hincapié en cambiar los hábitos de conducta que mantienen y conservan la enfermedad. Luego vendrá el insight o la comprensión de la intervención terapéutica, pero en un primer momento, como dice una de las psicólogas, “se debe obedecer más allá de todo”. Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga (2014) dan cuenta de que al principio del tratamiento resulta de suma importancia que el paciente se enfoque en hacer y respetar lo que le indican en el grupo. Haciendo es que la persona luego puede comprender y fortalecerse. Los nuevos hábitos de vida incorporados combaten el síntoma de la obesidad. Para un psicólogo de la clínica “la enfermedad no se afronta en el quiero, sino en el hago”. Por esto es que al principio del tratamiento es importante que los pacientes cumplan con las indicaciones y las pongan en práctica. Se direcciona la intervención especialmente en la conducta disfuncional e insalubre para modificarla rápidamente.

Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga (2014) destacan que en el grupo se asume un compromiso de por vida. El comer en forma equilibrada y llevar una vida saludable es un hábito de vida, no un momento pasajero; se debe conservar ese hábito por siempre y no únicamente en un momento determinado. Es por esta razón que una de las psicólogas de la institución mantiene que “aquí se viene a adelgazar, no a bajar de peso”. Esta afirmación significa que tiene que haber un cambio esencial en la conducta del paciente para que puedan sostenerse los logros obtenidos. El adelgazamiento constituye más que un descenso de peso, implica una modificación en los hábitos de vida que el paciente tiene arraigados. A su vez, agrega que “hay que modificar un modo de relacionarme con la comida más allá de bajar de peso; el problema no es la comida, sino el vínculo que se establece con ella”. Para lograr el adelgazamiento, y no simplemente la reducción del peso, se deben modificar costumbres y prácticas que prevalecen en la vida cotidiana. En el grupo se aprende que a la institución se asiste para obtener un cambio real, el

cual incluye un cambio en hábitos de vida. De lo contrario, es factible que la persona no pueda mantenerse en su peso y recupere rápidamente los kilos perdidos.

El cambio de hábito se puede vislumbrar cuando un paciente que lleva muchos meses de tratamiento comenta que, a diferencia de cuando comenzó, ya no tiene miedo de recaer en conductas que puedan perjudicarlo; él sabe que “ya no le interesan más determinados alimentos y que su forma de disfrutar pasa por otro lado”. Esto significa que el paciente no está centrado únicamente en la comida y posee otras formas de pasarla bien que no incluyen el exceso. Esta persona se iba a vivir fuera del país y en su última terapia grupal comentó que no tenía miedo de tener recaídas ya que él sabía que había realizado un cambio en su estilo de vida, el cual no abarca el desborde ni la abundancia en la comida. El paciente había logrado adquirir un nuevo estilo de vida mucho más saludable que incluía la actividad física a diario, y se veía con posibilidades de llevar a cabo esos nuevos hábitos aquí o en cualquier otro lugar. Este paciente es un claro ejemplo de una persona que ha logrado modificar sus hábitos de conducta a través de la terapia grupal.

El tratamiento no representa únicamente seguir una dieta hipocalórica, ya que de ser así, como establece una de las terapeutas, “la dieta la obtienen por internet”, con lo cual no sería necesaria la asistencia al grupo. El grupo trabaja sobre las conductas que desencadenan los atracones y sobre los hábitos de las personas en los que tienden a ingerir alimentos en exceso. Para poder recuperarse es imprescindible que obtengan nuevos hábitos de conducta más saludables. La psicóloga establece que “la dieta te saca el hambre y el grupo las ganas de comer”. Aquí se ve reflejada la trascendencia que posee tanto el tratamiento médico por un lado, y el tratamiento psicológico grupal por otro. En el grupo se aprenden modos y herramientas para cambiar los hábitos de vida incorporados. A través del grupo se empieza a detectar cuándo uno siente hambre fisiológico de cuando uno simplemente tiene ganas de comer como hábito y costumbre.

Casado et al. (1997) centran el tratamiento de la obesidad en el aprendizaje de técnicas cognitivo conductuales destinadas a cambiar los hábitos de

alimentación. Por medio de la terapia grupal se obtienen cambios en relación con conductas no saludables asociadas a la ingesta así como la reeducación de hábitos alimentarios. Aquellos pacientes que más modificaciones realizan en relación a dichos hábitos son aquellos que más pérdida de peso poseen, mientras que quienes no consiguen modificar sus hábitos de alimentación registran menor descenso de peso. Esta idea de los autores da cuenta de que al cambiar los hábitos de conducta, el descenso de peso se va a producir indefectiblemente. Una de las psicólogas sostiene que “el paciente que no sube, baja”. Es inherente a la modificación de los esquemas conductuales disfuncionales la pérdida de peso en el paciente. Por esta razón, resulta fundamental la terapia grupal para el tratamiento, ya que de no producirse nuevos esquemas de conducta, difícilmente se sostengan los logros a través del tiempo.

La terapia cognitivo-conductual grupal es trascendental para combatir el sedentarismo, reemplazándolo por una vida más activa que incluya la actividad física (Fernández-Moreno et al., 2007). En la institución cuentan con grupos para realizar actividad física. Se intenta fomentar un estilo de vida distinto al que muchos pacientes están acostumbrados. Dentro de los cambios en los hábitos de vida de los pacientes, resulta importante la incorporación de hábitos de vida más saludables en los que se incluya el deporte y el ejercicio físico como herramienta por excelencia para afrontar el sedentarismo. Según Brosens et al. (2015) el tratamiento le transmite a los pacientes la importancia de objetivos globales de bienestar en salud, y no únicamente la importancia del descenso de peso. Es por esta razón que una de las terapeutas de la institución afirma, como se mencionó anteriormente, que “aquí se viene a adelgazar, no a bajar de peso”. Es un cambio general el que debe atravesar la persona. Debe comprender que se tienen que modificar hábitos de vida incorporados y que se los debe reemplazar por nuevos hábitos. De esta manera es que se combate la obesidad; Si los cambios obtenidos se desean conservar en el tiempo resulta esencial la aprehensión que se realiza en la terapia grupal de nuevos hábitos de conducta más saludables y perdurables. Dichos hábitos incorporados no deben ser considerados como transitorios, sino que representan un cambio en la vida de la persona.

5.3 Analizar si la pertenencia y el apoyo grupal aumentan el compromiso y la motivación del paciente para mantenerse en tratamiento en obesidad en grupos de descenso.

Uno de los psicólogos de la clínica sostiene que “la terapia de grupo es un sistema presencial”. Se pudo observar que los pacientes al asistir a la terapia se sienten comprometidos con este lugar de pertenencia, al cual no pueden decepcionar. De hacerlo, sienten malestar y consideran que le fallaron a *su* grupo. Uno de los pacientes afirma que “viendo cómo mis pares progresan hace que me sienta en deuda si yo no lo hago igual que ellos”. Esto refleja que al escuchar a otras personas que les pasa lo mismo y que padecen los mismos problemas, la persona se percata de que no es única en su padecer y de esa forma se identifica con sus pares, ya que se da cuenta que tienen mucho en común. Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga (2014) establecen que el grupo funciona como un lugar de pertenencia y protección para el paciente, quien allí se siente comprendido y con cierto grado de tranquilidad. En el grupo se asume un compromiso de por vida.

Este compromiso asumido con el grupo así como el sentido de pertenencia hacia él, hacen que en momentos en los cuales el paciente está por comer de más, piense en su grupo y sienta que no lo puede defraudar. Aquí se ve reflejado cómo el grupo aumenta el compromiso del paciente con el tratamiento. La persona se debe a su grupo y en caso de comer de más debe dar respuestas ante él. En palabras de una paciente se vislumbra esta situación; ella comenta que “se sentía mal por no haber cumplido con las indicaciones y le daba vergüenza haber comido de más”. Podemos observar cómo el grupo funciona como una forma de controlar al paciente, ya que el mismo no quiere decepcionar a su grupo ni desea tener que dar explicaciones acerca de por qué motivo no cumplió con lo establecido allí.

La motivación es fundamental para mantener el tratamiento, resultando de vital importancia que el paciente encuentre las razones por las cuales quiere emprender y sostener el mismo (Montero et al., 2002). Si el paciente no está motivado ni encuentra las razones para realizar el tratamiento es sumamente probable que tarde o temprano lo termine abandonando. Es por esta razón que

es importante comprender el significado que tiene el grupo para ayudar a los miembros del mismo a mantener la motivación; las ganas y la voluntad de los pacientes resultan trascendentales para modificar un hábito de vida profundamente arraigado en su cotidianidad. La motivación es necesaria así como imprescindible para poder obtener cambios significativos y duraderos en el tiempo. Como se ha mencionado anteriormente, el adelgazamiento va incrementando la motivación del paciente, quien se encuentra estimulado y quien debe, para continuar adelgazando, modificar sus hábitos de vida.

Fernández-Moreno et al. (2007) a su vez remarcan la importancia del grupo en el aumento de la motivación. Los autores establecen que el tratamiento cognitivo-conductual grupal aumenta la motivación de los pacientes y que dicha motivación es esencial para mantener la voluntad de cambiar áreas y esferas de la vida de los sujetos en las que muestran gran vacilación y ambivalencia. A lo largo de la práctica se pudo visualizar que la motivación es una condición necesaria para llevar adelante el tratamiento así como para poder sostener los logros obtenidos en el tiempo. Una de las psicólogas manifiesta que “sin motivación no hay resultados posibles, por lo que resulta fundamental que los pacientes estén motivados”. El cambio terapéutico se produce por medio de un intercambio de experiencias humanas, en donde cada individuo puede percibir una misma experiencia de forma diferente (Yalom, 2010). Dicho intercambio de experiencias es el que puede producir en el sujeto el deseo de cambiar y de mejorar. Un paciente sostiene que “al asistir al grupo se me cambia el chip”, y de esta forma puede cumplir con las indicaciones del tratamiento. Observando cómo otras personas fueron mejorando poco a poco, el individuo siente que él también puede hacerlo. Se pudo observar en los pacientes que al escuchar distintos testimonios acerca de lo bien que les hace asistir al grupo, de lo saludable que les resulta, y de cómo van evolucionando continuamente en el tratamiento, la persona se siente con más fuerza y motivación para llevar adelante el tratamiento y para alcanzar sus resultados. Una integrante del grupo afirma que “cuando veo a X me imagino a mí cuando yo esté así tan bien”. Es frecuente escuchar a los terapeutas preguntar al paciente cuántos kilos adelgazó desde que comenzó con el tratamiento. Esto produce que un integrante del grupo recién ingresado a la institución observe cómo los demás

pacientes progresaron con el tratamiento. En un primer momento en el que el paciente puede encontrarse sin muchas ganas y motivación por lo arduo que considera que puede ser el tratamiento, escuchar y observar el progreso de otro paciente que lleva varios meses de tratamiento incide positivamente en el nuevo compañero. Los avances realizados por un par suyo lo alientan a cumplir con las indicaciones de los psicólogos. Una paciente comenta que “al principio pensaba qué diablos estoy haciendo acá con todas estas personas, y después me fui dando cuenta de qué manera me ayudaban con el problema que tengo”. Resulta motivador oír y observar cómo otros integrantes del grupo pudieron progresar y obtener resultados visibles.

Un ejemplo de este escenario descrito es cuando un paciente comenta que al observar las mejorías en otra persona se afirma a sí mismo que “si él lo hizo, yo también puedo hacerlo”. De esa manera se da cuenta de la importancia de cumplir con las indicaciones del tratamiento. La motivación aumenta ya que el paciente observa los progresos realizados por sus pares y se percata de que él puede progresar de igual manera. En palabras del paciente, “al ver cómo mejoró él me di cuenta que tengo que dejar de pavear, que yo esto lo tengo que hacer también y no tengo excusa”. De esta manera la persona se siente con más fuerza y motivación para llevar adelante el tratamiento. Sabe que tiene resultados y que depende de sí mismo para mejorar y obtener cambios significativos en su vida.

Brosens et al. (2015) plantean que el desarrollo de vínculos interpersonales y el sentimiento de pertenencia al grupo favorecen la adherencia al tratamiento. Al aumentar el compromiso afectivo entre los miembros del grupo se obtienen pares con quienes compartir las actividades del tratamiento, lo cual facilita la adherencia y el mantenimiento de la pérdida de peso a lo largo del tiempo. En la práctica se pudo percibir que el sentimiento de pertenencia al grupo hace que aumente el compromiso del paciente con el tratamiento y con el grupo en sí mismo. La persona considera que tiene una responsabilidad y un compromiso asumido para con el grupo, y que dicho compromiso no puede ser desvalorizado. Por esta razón los pacientes no quieren estar en deuda con su grupo al no cumplir con el deber asumido; es así como el grupo funciona como

un mecanismo de control de los miembros del mismo para que cumplan con las responsabilidades propias del tratamiento.

Dado que muchos pacientes en distintos ámbitos de su vida cotidiana se sienten incomprendidos, encuentran en el grupo terapéutico un lugar de pertenencia al cual aferrarse. Este lugar les da una sensación de protección y cuidado que no han obtenido en ningún otro espacio. Se observó en la clínica que muchos pacientes no tenían otro ámbito en donde pudieran hablar con tanta seguridad y libertad como lo hacían en la terapia grupal. Denotaban gran satisfacción y bienestar con haber encontrado un lugar en donde poder compartir lo que les sucede sin prohibiciones ni limitaciones, ya que saben que allí son comprendidos y escuchados. En reiteradas oportunidades se pudo observar cómo distintos pacientes manifestaban indignación por la falta de comprensión de parte de su entorno. Esta situación se visualiza cuando una paciente comenta que cuando sale a comer con sus amigas la gran mayoría le insiste en que coma de más y tome alcohol ya que “es sábado y no pasa nada”. Esta integrante del grupo se muestra enojada ya que expresa que “si quieren tomar ellas que lo hagan, pero que no me presionen a mí cuando saben que estoy bajo tratamiento”. A su vez los pacientes se percatan de que hay muchas personas a las que les pasan las mismas cosas y quienes deben afrontar las mismas situaciones. Esto produce en los sujetos que asisten a la terapia grupal un sentimiento de pertenencia. Los pacientes consideran al grupo como su lugar de pertenencia en donde se muestran con absoluta confianza y comodidad.

Una de las psicólogas de la clínica reflexiona acerca de que “el grupo es una forma de controlar a los pacientes, ya que cuando estás por comer te acordás de una frase del grupo y no lo hacés”. Ese compromiso hace que los pacientes sientan una responsabilidad grande que no pueden eludir. En la institución se pudo observar que los pacientes poseen grupos de chat telefónicos mediante los cuales se comunican entre sí con regularidad. Estos grupos constituidos por pacientes únicamente, funcionan como vigilancia cuando un paciente se encuentra menos motivado con el tratamiento y con ganas de comer. De esta manera se pudo visualizar cómo se establecen en la terapia de grupo distintos vínculos interpersonales que fortalecen el compromiso asumido y que

favorecen el aumento de la motivación en los pacientes para cumplir con las pautas e indicaciones del tratamiento.

El compromiso asumido se puede observar cuando un paciente le cuenta al grupo que el fin de semana “estuvo mal y con ganas de comer”. Lo comentó en el grupo de chat telefónico e inmediatamente otro paciente la llamó para hablar y decirle de hacer algo. Esta contención evitó en la persona una recaída, y a su vez aumentó su compromiso con el grupo, ya que pudo darse cuenta de que todos están realizando un esfuerzo muy grande y que “en ésta están juntos”. “Después del llamado de X me di cuenta que no podía fallar”. Si el paciente le hubiese fallado al grupo se hubiera sentido probablemente en falta con el mismo y a su vez hubiera experimentado sensaciones de arrepentimiento. Los vínculos interpersonales establecidos en el grupo son imprescindibles para el tratamiento de la obesidad.

Como se ha señalado con anterioridad, Brosens et al. (2015) establecen que el tratamiento le transmite a los pacientes la importancia de objetivos globales de bienestar en salud, y no únicamente la importancia del descenso de peso. Esta redefinición de las expectativas terapéuticas hace que los pacientes se involucren con mayor compromiso en el tratamiento y no lo abandonen en forma inmediata cuando no vean los resultados esperados. En la institución observada se puede percibir la importancia que adquiere el compromiso a la hora de sostener el tratamiento. En las terapias grupales los psicólogos trabajan en forma constante para que la motivación y el compromiso de los pacientes se sostenga. Una intervención que refleja la trascendencia que adquiere el compromiso grupal es la de ir comprometiendo a los pacientes en pequeños objetivos a corto plazo. La psicóloga propone “¿Vos te podés comprometer con el grupo a hacer las cosas perfectas de acá a el sábado? ¿Quién más se suma a éste compromiso?”. De esa forma se van agregando pacientes al compromiso señalado con el grupo. Se puede observar implícitamente que quien no respeta dicho compromiso, de alguna manera no respeta al grupo en su conjunto. Cuando una persona mostraba que no había cumplido con las indicaciones del tratamiento, al estar todo el grupo realizando un esfuerzo muy grande para llevarlas a cabo, de alguna manera sentía una falla en su responsabilidad y compromiso con el grupo. Es allí donde se

visualiza la eficacia de la intervención, ya que los pacientes sienten que si no cumplen no sólo se fallan a sí mismos, sino que le fallan a todo el grupo. Aquí se ve reflejado que el sentido de pertenencia al grupo aumenta el compromiso y la motivación de los pacientes.

5.4 Describir cómo la terapia de grupo genera nuevas estrategias de resolución de problemas en personas con obesidad que asisten a grupos de descenso.

Lafuente (2011) hace hincapié en el desarrollo de nuevas estrategias para resolver las dificultades o problemas; el entrenamiento en habilidades sociales, en resolución de problemas y la regulación de los sentimientos y emociones son pilares del tratamiento. Es de vital trascendencia que el paciente obtenga nuevas conductas y que las pueda poner en práctica en su vida cotidiana. Las nuevas estrategias de resolución de problemas le permiten al paciente poseer nuevas formas de actuar ante situaciones que solían generar anteriormente en la persona atracones seguidos de angustia. Al dotar al paciente de dichas estrategias se facilita el tratamiento, ya que es la misma persona quien ante las dificultades puede actuar y solucionarlas. Es frecuente escuchar en los pacientes que “comieron porque estaban tristes” o “que decidieron comer de más porque habían discutido con su pareja”. Es importante que el paciente comprenda que aunque se encuentre triste o enojado no debe recurrir a la comida como solución al problema.

Bersh (2006) también enfatiza en que en el grupo se proveen técnicas de manejo de estrés así como de resolución de problemas. El hecho de que los pacientes no logren identificar sus propias emociones hace que recurran a la comida como forma desadaptativa para contrarrestar ese malestar. El grupo ayuda a que las personas cambien éste tipo de comportamientos que les terminan produciendo angustia por otros más adaptativos. En palabras de una de las psicólogas de la clínica, en la obesidad “el traductor está roto, todo se traduce como hambre”. Aquí se refleja la importancia de que los pacientes puedan identificar sus emociones y no las canalicen por intermedio de la comida. Al poder reflexionar acerca de los pensamientos que los llevan a situaciones de ingesta excesiva es que los pacientes logran aplacar el impulso

de comer de más, entendiendo que no es esa la manera de tramitar las emociones ni de contrarrestar los pensamientos angustiantes.

En la institución se pudo observar a una psicóloga explicándole a un paciente que no importa en qué estado de ánimo se encontraba antes del consumo excesivo de alimentos. La psicóloga le preguntaba al paciente: “Luego de haber comido en exceso, ¿te sentiste mejor? ¿O te encontrás aún más angustiada?”. Que el paciente conozca y reflexione acerca de los pensamientos y comportamientos que lo llevan a comer en forma excesiva es un trabajo a realizar; de esta manera se podrán modificar dichas conductas dotando al sujeto de habilidades para resolver las situaciones que lo llevaban a la ingesta en exceso (Rodríguez Morán et al., 2014).

Para aprender nuevas estrategias de resolución de problemas se debe en principio identificar cuándo, dónde y por qué surge el problema en relación al vínculo con la comida (Casado et al., 1997). Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga (2014) dan cuenta de que los integrantes del grupo se retroalimentan entre sí aprendiendo nuevas estrategias de resolución de problemas, ya sea desde cómo manejarse en determinado evento social para no comer de más, hasta qué hacer y cómo actuar cuando se encuentran angustiados o bajo situaciones de estrés. En la terapia grupal se pudo dilucidar cómo los integrantes del grupo intercambiaban formas y estrategias para poder continuar cumpliendo con las indicaciones del tratamiento, aún en situaciones particulares que requerían esfuerzo. Primero se identificaba la situación problemática con todas sus características, y una vez descripto dicho escenario se procedía a generar distintas alternativas adecuadas y funcionales para que el paciente pueda seguir cumpliendo con las pautas del tratamiento.

Un ejemplo de la situación mencionada es cuando un paciente comentaba que estaba preocupado ya que tenía una cena por un cumpleaños el sábado a la noche y que temía no poder cumplir con la dieta establecida. Ante esa situación distintos integrantes del grupo le recomendaban que cuando reciba su comida, dividiera la porción en dos mitades y que inmediatamente le pidiera al mozo que se lleve una mitad para que él la pueda retirar cuando finalice la cena. De esta manera, comiendo la mitad de la porción, no rompía con la dieta

establecida. Rodríguez-Morán et al. (2014) afirman que mediante la terapia cognitivo conductual se identifican y trabajan problemas del ámbito psicosocial que se vinculan directamente con la ingesta excesiva de alimentos. El sujeto tiene un rol activo en el cual debe incorporar un estilo de vida saludable a partir de conductas nuevas más apropiadas.

Otro escenario en el cual se observa el aprendizaje de nuevas estrategias de resolución de problemas es cuando un paciente comenta que debe ir a un cumpleaños en donde habrá barra libre de alcohol. Al no poder beber ninguna bebida alcohólica durante el tratamiento, la psicóloga le indica a la persona que ni bien llega al cumpleaños que se acerque al individuo que sirve los tragos y que le diga que cada vez que ella le pida una bebida que le sirva agua con limón. De esta manera cada vez que ella ordene su bebida, la misma disimulará ser un trago, y de esa manera la persona no tendrá que estar dando explicaciones acerca de por qué no está bebiendo ninguna bebida alcohólica. Otra situación que genera dificultad en reiteradas oportunidades es la de comer de más los días del fin de semana. Ante este escenario se recomienda llevar un registro diario de los días en los cuales el paciente cumple con la dieta. Debe ir anotando los días en forma de números, sin distinción de qué día es, ya que “todos los días son iguales” y se debe cumplir con la dieta establecida todos los días sin importar si es fin de semana o no.

Mediante estas estrategias de resolución de problemas los pacientes pueden continuar realizando las actividades de su vida social sin tener que romper la dieta establecida. Es importante que puedan poner en práctica estas nuevas estrategias, ya que de no poder hacerlo, sus actividades sociales se verán limitadas ya que no cumplen con las indicaciones del tratamiento. Es fundamental que el paciente pueda desarrollar estrategias de resolución de problemas frente a situaciones que en otro momento le producían episodios de alimentación excesiva (Velásquez & Alvarenga, 2001). Torrecillas y García (1994) postulan que la identificación de las situaciones problemáticas que dificultan el tratamiento así como los pensamientos y estados de ánimo que sobrevienen en dichas situaciones son esenciales para buscar una respuesta alternativa al problema. De esta forma se reconsidera la respuesta habitual entendiendo que la misma impide la obtención de los objetivos planteados en el

tratamiento. Es así como se generan nuevas estrategias de resolución de problemas para poder cumplir con las indicaciones del tratamiento, de forma que el paciente aprende nuevas formas e incorpore hábitos más saludables.

En el grupo la persona aprende que ante situaciones de estrés no debe responder ni canalizar lo que siente por medio de la comida, sino que debe tratar de resolver eso que le pasa sabiendo que el consumo de alimentos no es la solución. Ante los eventos sociales que pueden dificultar el tratamiento, el paciente tiene que aprender nuevas alternativas para afrontar dichas situaciones para poder sobrellevarlas sin tener que romper con las pautas instituidas. De esta forma los pacientes se sienten más cómodos y seguros a la hora de asistir a los distintos eventos que tienen, e incluso se sienten más protegidos al saber qué tienen que hacer y cómo deben hacerlo. Esto se observa cuando los integrantes del grupo comentan con gran anticipación que poseen un evento determinado y que están preocupados por cómo se van a manejar. Hay una gran confianza depositada en el grupo, el que les transmite seguridad. A su vez se visualiza la importancia del aprendizaje de nuevas estrategias de resolución de problemas luego de la situación social, cuando los pacientes comentan con satisfacción que hicieron “lo pactado” y que obtuvieron resultados. Luego de tener un cumpleaños una paciente comenta: “me llevé la vianda como habíamos dicho acá en el grupo y no tuve ningún problema”. Tanto los pacientes como los terapeutas intercambian alternativas para aquellas situaciones que pueden generar ingesta excesiva de alimentos. En palabras de una psicóloga, “hay que adelgazar ahí en donde en otro momento engordé”. El grupo fomenta y alienta el aprendizaje de nuevas estrategias de resolución de problemas.

6. Conclusiones

6.1 Resumen del desarrollo

En el desarrollo del presente trabajo se propuso analizar los aportes de la terapia grupal en una institución que trabaja con obesidad. Para dicho análisis fue necesaria la descripción de cómo la terapia de grupo fomenta el aprendizaje de nuevos hábitos de conducta en personas que asisten a grupos de descenso. Se pudo comprender que para realizar modificaciones significativas en relación al tratamiento de la obesidad es necesaria la incorporación de nuevos hábitos de conducta que las personas puedan poner en práctica. Como establecen Brosens et al. (2015), el tratamiento le transmite a los pacientes la importancia de objetivos globales de bienestar en salud, y no únicamente la importancia del descenso de peso. Los nuevos hábitos de vida no deben ser considerados transitorios, sino que son hábitos más saludables que deben sostenerse en el tiempo.

A su vez fue importante realizar el análisis acerca de si la pertenencia y el apoyo grupal aumentan el compromiso y la motivación del paciente para mantenerse en tratamiento en obesidad en grupos de descenso. De esta manera se pudo visualizar que el apoyo grupal aumenta considerablemente el compromiso del paciente, logrando que el mismo se sienta con una gran responsabilidad para cumplir con las pautas del tratamiento y que posea el sentimiento de pertenencia hacia el grupo. Como señala Yalom (2010), el cambio terapéutico se produce por medio de un intercambio de experiencias humanas. Este intercambio sólo se lleva a cabo por medio de la terapia grupal, la cual provee a los integrantes de la misma de sentimientos de confianza y seguridad. Los pacientes se deben a su grupo y a través del apoyo del mismo van realizando el tratamiento.

Al describir cómo la terapia de grupo genera nuevas estrategias de resolución de problemas en personas con obesidad que asisten a grupos de descenso, fue posible una mayor comprensión acerca de la manera en la que a través del grupo se aprenden nuevas alternativas que permiten al paciente resolver dificultades cotidianas en relación a su enfermedad. La terapia grupal dota a los integrantes de nuevas formas para manejarse en situaciones en donde solían

poseer dificultades y recaídas. De esta forma se produce una aprehensión de nuevas estrategias más eficaces para poder cumplir con las indicaciones del tratamiento.

6.2 Limitaciones

Si bien la duración de la práctica profesional ha sido suficiente para realizar un análisis acerca de los aportes de la terapia grupal en el tratamiento de la obesidad, hubiera sido atractivo observar el progreso a lo largo de los meses de los pacientes. Se observaron pacientes que recién ingresaban a la clínica sin vislumbrar su progreso en el tratamiento, y por otro lado se pudieron ver pacientes que llevaban varios meses de tratamiento sin poder visualizar el inicio del mismo.

Al ser una enfermedad crónica con una alta tasa de recaídas, es de utilidad visualizar la eficacia de las intervenciones de los terapeutas a lo largo del tiempo. Aunque fue posible observar recaídas y las intervenciones psicoterapéuticas destinadas a ellas, resulta interesante observar todo el proceso de las personas en tratamiento, desde su ingreso hasta su posterior recuperación.

Cabe destacar que el personal de la institución colaboró amablemente y mostró buena predisposición con los residentes, incluso permitiendo realizar preguntas a los pacientes. Hubiese sido enriquecedor tener acceso a las historias clínicas para contar con información extra relevante. A veces los pacientes no se sienten con la confianza necesaria con un pasante como para contarles aspectos de su vida pasada. Por este motivo hubiera sido de interés poder observar las historias clínicas para conocer datos más específicos y concretos de cada paciente.

Otra limitación observada en la experiencia del trabajo fue la desconfianza que pueden mostrar los pacientes en un comienzo hacia los residentes de la universidad. Esta situación se percibió especialmente al principio, cuando las personas que se atendían en la institución podían llegar a sentir que un extraño estaba observando “sus” terapias de grupo. Con el transcurso del tiempo este escenario se fue modificando. Al establecer un vínculo con los pasantes, los

pacientes empezaron a considerarlos como parte del grupo mostrándose con naturalidad y comodidad. Esto fue esencial para que haya una relación de confianza.

6.3 Perspectiva crítica

Durante la práctica profesional se pudo observar cómo los psicólogos, en el comienzo del tratamiento, enfatizaban las intervenciones terapéuticas en el cambio conductual del paciente. En algunas ocasiones se pudieron vislumbrar algunos pacientes que tal vez no se sentían del todo convencidos ni cómodos con las indicaciones de los terapeutas, llegando a angustiarse un poco por el modo en que les eran transmitidas. Quizás hubiese sido útil buscar la manera de realizar la misma intervención de una forma distinta, intentando que los pacientes pudieran comprender por qué se les indican algunas cuestiones y que no se sientan ofendidos o disgustados por la manera en la que se les comunica.

A su vez en algunas oportunidades se pudo observar que si la persona no era capaz de llevar a cabo las pautas del tratamiento debía faltar a un evento social en caso de ser necesario, como puede ser un cumpleaños o una fiesta familiar. Considerando que al concurrir a eventos y encuentros sociales se puede correr el riesgo que se ubica únicamente centrado en la comida, podemos reflexionar si favorece o no a la persona faltar a sus compromisos familiares. De esta manera, al asistir a los eventos sociales, quizás la persona se ve beneficiada y no siente que su “adicción” la invalide e imposibilite. Si bien puede resultar comprensible en algunas ocasiones la inasistencia del paciente a un acontecimiento, es necesario considerar los perjuicios que pueda tener en la vida social de la persona. En consecuencia, resulta relevante valorar si el hecho de que la persona se vea limitada y alejada de eventos familiares no puede llegar a perjudicarla en algún punto a futuro. Por esta razón se puede considerar muy importante aprender a manejarse en diferentes situaciones sociales sabiendo qué se debe o no se debe hacer.

El aprendizaje que se realiza debe tener resultados a largo plazo, de forma que se puedan sostener los cambios obtenidos a lo largo del tiempo. La restricción y la prohibición de determinados alimentos puede favorecer el deseo de la

persona por “lo prohibido”. Por este motivo es que la persona en tratamiento debe tomar consciencia de los hábitos nuevos a incorporar y de centrarse en proyectos de vida a futuro y en sus relaciones sociales, sin quedar atrapado únicamente en la idea de no comer.

En la clínica consideran a la obesidad como una adicción, en donde hay un fuerte vínculo adictivo de los pacientes hacia la comida. Es importante que los sujetos corten con el exceso al que estaban acostumbrados para poder obtener mejorías. Por esta razón puede resultar entendible que la institución intente transmitirles a los pacientes que hay pautas e indicaciones en el tratamiento que son fundamentales para poder curarse. Al considerar a la enfermedad una adicción, se intenta cortar el vínculo adictivo con determinados alimentos en forma inmediata. Al existir hábitos profundamente arraigados en la vida diaria del paciente, cuesta más esfuerzo la modificación en dichos hábitos. Por esta razón puede ser que los terapeutas hagan especial hincapié en cambiar costumbres a como dé lugar.

En relación a la terapia grupal es posible afirmar que resulta muy útil para el tratamiento de la obesidad. En la institución se pudo visualizar el valor que le asignaban los terapeutas al grupo considerándolo como la herramienta fundamental para progresar en el tratamiento. Los pacientes por lo general intentaban asistir al mismo grupo con regularidad, lo que resulta de suma importancia para mantener los vínculos con sus pares así como con sus terapeutas. Al asistir a otro grupo el paciente debe presentarse ante el mismo. Esta situación no es la ideal ya que se puede llegar a perder el sentido de pertenencia al grupo. Cuando esto ocurría se podía observar que la persona era como una desconocida ante el grupo así como con sus terapeutas. Por este motivo es importante que los pacientes comprendan la trascendencia de mantener un mismo grupo para su tratamiento. De esta manera se aferran a él y aumenta su sentido de pertenencia hacia el mismo así como su compromiso.

6.4 Aporte personal

A partir del análisis realizado acerca de los aportes de la terapia grupal al tratamiento de la obesidad es posible dar cuenta del alcance y la trascendencia del grupo para obtener cambios significativos en los pacientes. Puede

observarse en un comienzo del tratamiento que algunos pacientes se muestran reticentes a la terapia grupal descreyendo de sus beneficios. Esta hostilidad inicial aflora cuando los individuos comienzan a percatarse de que ese espacio y lugar es fundamental para su mejoría, pudiendo identificarse con sus pares y nutrirse de experiencias ajenas que terminan resonando dentro de cada uno.

La asistencia al grupo dentro del tratamiento es imprescindible. De esa manera se obtienen mayores resultados en poco tiempo y a su vez se puede controlar al paciente para evitar recaídas. A partir de los aportes de la terapia de grupo se puede inferir que un paciente que no asiste al dispositivo grupal probablemente tenga mayores inconvenientes para progresar que aquellos que sí lo hacen. Al ser la obesidad una enfermedad crónica que presenta una alta tasa de recaídas resulta más importante aún la asistencia al grupo, en donde el paciente mismo logra sentirse más seguro y protegido que cuando decide no asistir. Ante esta última situación el sujeto debe emprender la ardua tarea de luchar por sí solo contra la enfermedad. La terapia grupal facilita y contribuye a la obtención de cambios significativos para progresar en el tratamiento.

En el grupo se crea un lazo fuerte de afectos, comprensión y apoyo entre los integrantes del grupo. Este compromiso les refuerza a los pacientes el cumplimiento del programa de alimentación y las normas del tratamiento. La responsabilidad y el compromiso generado con sus pares es mayor que el que se da en la relación únicamente con el terapeuta. El tratamiento con la modalidad de la terapia grupal produce que el acompañamiento y apoyo al paciente de parte del grupo se extienda a lo largo de todo el día. Los integrantes del grupo comparten actividades entre sí, se ayudan y refuerzan su comportamiento mutuamente al brindarse unos con otros.

El compromiso del grupo con el tratamiento y con la salud de los integrantes del mismo provoca que se revierta con mayor rapidez una conducta negativa de un paciente. La opinión y experiencia de un par que posee la misma enfermedad tiene a veces mayor valor para la persona en tratamiento que otra opinión. La comunicación entre los miembros del grupo es un aprendizaje, un ejercicio social que utilizan en su vida diaria. Ellos aprenden dentro del grupo a comunicarse de una manera adulta y racional. Al tener que participar en el

grupo aprenden a expresarse y a compartir sus experiencias con los demás. Respondiendo preguntas con respecto a sus emociones y pensamientos, y aconsejando a otras personas, mejoran su comportamiento. Se ven obligados a relacionarse de una manera sana que después terminan aplicando en su vida cotidiana. De esa forma aprenden que ante una situación emocional adversa existen distintas maneras de afrontar esa situación, sin tener la necesidad de recurrir a la comida. Dentro de la terapia grupal obtienen mejores resultados en el tratamiento de la obesidad así como también en su trato y vínculo social.

La terapia grupal en el tratamiento de la obesidad es indispensable. Es interesante continuar con estudios en futuras investigaciones para comprender aún en mayor profundidad sus beneficios y si es posible para determinar por qué es más valiosa que otros tipos de abordajes terapéuticos. Es decir, comprender por qué resulta más recomendable el dispositivo grupal en el tratamiento de la obesidad que un tratamiento individual puede ser un trabajo de sumo interés. Resulta atractivo conocer las ventajas y desventajas de la terapia grupal en relación a un tratamiento individual ya que de esa forma se podría visualizar la eficacia del tratamiento en grupo y se alcanzaría una mayor comprensión acerca de por qué se suele utilizar con mayor frecuencia este tipo de terapia para el tratamiento de la obesidad. A su vez, para llevar a cabo el análisis de los aportes de la terapia grupal al tratamiento de la obesidad hubiera sido interesante conversar con pacientes que realizan el tratamiento a distancia. De esta manera se podrían haber conocido las dificultades que acarrea no asistir al grupo desde la propia perspectiva del paciente que vive en el exterior. Contar con esa información adicional pudiera haber contribuido a una comprensión aún mayor de los beneficios y aportes de la terapia grupal en el tratamiento de la obesidad.

7. Referencias bibliográficas

- Aburto Galván, C. (1999). Los programas de intervención contra la obesidad. *Psicología y salud*, 14, 145- Recuperado de http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA116035848&v=2.1&u=up_web&it=r&p=PPPC&sw=w&asid=92837b7d4c997821c03946fed67756c4
- Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (2000). *Obesidad: un desafío pendiente*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Bacardí-Gascón, M., Jiménez-Cruz, A., Jones, E., & Guzmán González, V. (2007). Alta prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 64(6), 362-369.
- Bastos, A. A., González Boto, R., Molinero González, O. & Salguero del Valle, A. (2005). Obesidad, nutrición y Actividad Física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5(18), 140-153.
- Bauzá, C.A. & Céliz, O.R. (2007). *Obesidad. Causas, consecuencias y tratamiento*. Córdoba: El Emporio Ediciones.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546.
- Bion, W.R. (1994). *Experiencias en Grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Bourges-Rodríguez, H. (2004). ¿Cuál es el tratamiento nutricional del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), 120-127.
- Braguinsky, J. (2002). Prevalencia de obesidad en América Latina. *Anales Sis San Navarra*, 25(1), 109-115.
- Brosens, C., Terrasa, S., Ventriglia, I., & Discacciatti, V. (2015). Factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento de la obesidad en un dispositivo grupal: estudio exploratorio. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 12(2), 13-20.

- Casado, I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B., & Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Revista electrónica de psicología*, 1(1) Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/609/587/>
- Chades, M.A., Triolo Moya, F.,C., & Bower, L. (2009). La orfandad del sujeto con obesidad. Recuperado de <http://www.academica.org/000-020/608>
- Chavarría Arciniega, S. (2002). Definición y criterios de obesidad. *Nutrición Clínica*, 5(4), 236-240.
- Chueca, M., Azcona, C., & Oyarzábal, M. (2002). Obesidad infantil. *Anales Sis San Navarra*, 25(1), 127-141.
- Daza, C. H. (2002). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Médica*, 33(2), 72-80.
- Elgart, J., Pflirter, G., Gonzalez, L., Caporale, J., Cormillot, A., Chiappe, M.L., & Gagliardino, J. (2010). Obesidad en Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. *Rev Argent Salud Pública*, 1(5), 6-12
- Fernández-Moreno, C., Jiménez-García, Á., & Monserrat, E. (2007). Intervención grupal en la obesidad a través de la terapia. *Clínica*, 129(10), 387-91.
- Forga, L., Petrina, E., & Barbería, J. J. (2002). Complicaciones de la obesidad. *Sis San Navarra*, 25(1), 117-126.
- García, E. (2004). ¿Qué es la obesidad? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4),88-90.
- Gutiérrez-Fisac, J. L., Regidor, E., López García, E., Banegas, J. R., & Rodríguez Artalejo, F. (2003). La epidemia de obesidad y sus factores relacionados: el caso de España. *Cad Saúde Pública*, 19(1), 101-110.

- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 63-76.
- Hernández-Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140(2), 27-32.
- Hurtado-López, E. F., & Macías-Rosales, R. (2014). Enfoque de la obesidad infantil desde la pediatría. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(1), 116-119.
- Kaufer-Horwitz, M., Tavano-Colaizzi, L., & Ávila-Rosas, H. (2001). Obesidad en el adulto. En E. Casanueva., M. Kaufer-Horwitz., A.B. Pérez-Lizaur., & P. Arroyo (Eds.), *Nutriología médica* (pp349-454). México: Editorial Médica Panamericana.
- Kovalskys, I., Bay, L., Rausch Herscovici, C., & Berner, E. (2003). Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. *Arch argent pediatr*, 101(6), 1-7.
- Lafuente, M.D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 14, 1490-1504.
- Leija-Alva, G., Aguilera Sosa, V. R., Rodríguez Choreño, J. D., Lara Padilla, E., López de la Rosa, M. D. L. R., & Trejo Martínez, J. I. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(2), 19-28.
- Marcitllach, A. A., & Fernández de Gamboa Aguinaga, C. (2014). La Terapia de Grupo en un Caso de Obesidad. *Clínica Contemporánea*, 5(1), 41-51.
- Marcos, M. L. T., Rosich, N., Royo, J. M. P., Casas, A. G., Selva, J. P. S., Rodríguez-Montes, J. A., & López, P. J. T. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 741-748.

- Martinez, J. A., Moreno-Aliaga, M. J., Marques-Lopes, I., & Marti, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales Sis San Navarra*, 25(1), 17-27.
- Montero, J.C., Cúneo, A., Facchini, M. & Bressán, J. (2002). Tratamiento integral de la obesidad y su prevención. *Sis San Navarra*, 25(1), 175-186.
- Moreno, J.L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Murguía, M. S., Sierra, A.V. & Tamayo, M. T. (2014). Intervención cognitivo-conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Acta.colomb.psicol*, 17(1), 25-34.
- Núñez, L. O., & Bravo, A.A. (2012). Terapia Cognitivo-Conductual grupal en pacientes obesos mórbidos con patrones alimentarios desestructurados asociados. En R. Quevedo-Blasco., & V.J. Quevedo Blasco (Eds.), *Avances en Psicología Clínica*. (pp 80- 84). Santander: Asociación Española de Psicología Conductual.
- Peña, M., & Bacallao, J. (2000). *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Peña, M., & Bacallao, J. (2001). La obesidad y sus tendencias en la región. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 10(2), 45-78.
- Peña, C. M., & de la Rubia, J. M. (2011). Obesidad: Una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (37), Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000686&a=Obesidad-Una-aproximacion-desde-la-psicologia-psicoanalitica>
- Pérez, A., & Alvarez, H. F. (2002). Terapia cognitiva de grupo. *Vertex, Rev. Arg. De Psiquiat*, 13(50), 267-272.
- Planell, L. S., & Marí, R. F. V. (2002). Trastorno por atracón y obesidad. *Form Contin Nutr Obes*, 5(6), 314-324.

- Portillo, I.D. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Pax México.
- Rodríguez-Morán, M., Mendoza-Ávila, E., Cumplido-Fuentes, A., Simental-Mendía, L. E., Rodríguez-Ramírez, G., Sánchez-Lazcano, G. J., & Meza-Villa, Á. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(1), 68-73.
- Salas-Salvadó, D. J., & Lorda, P. G. (2001). Tratamiento nutricional de la obesidad. En C.Gómez., & A. Cos Blanco (Eds.), *Nutrición en atención primaria* (pp.153-167). Madrid: Novartis.
- Sánchez-Castillo, C. P., Pichardo-Ontiveros, E., & López, R. P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gac Méd Méx*. 140(2), 3-20.
- Sosa, V. R. A., Alva, G. L., Choreño, J. D. R., Contreras, A. H., Martínez, J. I. T., & de la Rosa, M. R. L. (2010). Evaluación de cambios en esquemas tempranos desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual. *Revista Colombiana de psicología*, 18(2), 157-166.
- Stunkard, A. J. (2000). Factores determinantes de la obesidad: opinión actual. En M. Peña., & J. Bacallao (Eds.), *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública* (pp.27-33). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Torrecillas, F. L., & García, J. F. G. (1994). Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad. *Psicothema*, 6(3), 333-345.
- Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 4(3), 136-142.
- Velásquez, V. V., & Alvarenga, J. C. L. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), 91-96.

Villalonga, L., Repetti, M., & Delfante, A. (2008). Tratamiento de la obesidad: abordaje nutricional. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, 28(2), 63-70.

Yalom, I. (2010). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. Madrid: Paidós.