

**Universidad de Palermo.**  
**Facultad de Ciencias Sociales.**

**Trabajo Final Integrador.**

Título: Intervención en grupos de pacientes con obesidad

Autor: Rosenwasser, Marcela.

## INDICE

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo General.....	4
2.2 Objetivos Específicos.....	4
3 Marco Teórico.....	5
3.1. Definiciones clínicas de la obesidad en función del avance temporal.....	5
3.2 Complicaciones médicas asociadas a la obesidad.....	9
3.3 Consecuencias psicológicas asociadas a la obesidad .....	11
3.4 Estrés.....	14
3.2 Tratamientos empleados en la obesidad.....	18
3.2.1 Tratamientos médicos.....	18
3.2.2 Terapia cognitiva.....	22
3.2.3 Terapia cognitiva y trastornos alimentarios.....	23
4. Metodología.....	29
4.1 Tipo de estudio y diseño.....	29
4.2 Participantes.....	29
4.3 Instrumentos .....	30
4.4 Procedimiento.....	30

5. Desarrollo.....	30
5.1 Describir las intervenciones realizadas por los coordinadores, frente a las situaciones estresantes planteadas por los pacientes del grupo de descenso.....	32
5.2 Describir las intervenciones realizadas por los coordinadores, frente a la relación que tienen los pacientes con la comida.....	37
5.3 Describir las intervenciones realizadas por los coordinadores, frente a los obstáculos planteados por los pacientes, al no poder cumplir el programa de tratamiento.....	40
6. Conclusiones.....	42
7. Referencias Bibliográficas.....	45

## 1. Introducción

La institución elegida para el presente trabajo es un Centro Terapéutico, que está dedicado al tratamiento de la obesidad y otros desórdenes alimentarios, según el marco de la terapia cognitivo conductual.

El Centro Terapéutico comienza a trabajar en el año 1993 en Capital Federal. Cuenta además con un gimnasio y un restaurante, donde se pueden adquirir comidas *light*, ya sea para consumir en el local o para llevar. También cuenta con sedes en el interior del país y en el exterior. En todas ellas trabajan psiquiatras, médicos clínicos, nutricionistas, profesores de educación física y psicólogos.

La institución brinda al residente universitario una visión sobre la enfermedad y cómo es el tratamiento de la misma, permitiéndole participar como oyente en las charlas grupales.

Es posible observar diferentes actividades, ya sea de pacientes que inician el tratamiento, de aquellos que se encuentran llevándolo a cabo desde tiempo atrás o de quienes están en el peso aconsejado por los médicos y concurren a la institución para mantenerse dentro de los parámetros deseados.

Así mismo se puede compartir con los pacientes y terapeutas, los almuerzos o meriendas que llevan a cabo en el comedor de la Institución.

El presente trabajo se desarrolla sobre la observación de las intervenciones realizadas por los profesionales frente a las situaciones estresantes, obstáculos, y diferentes planteos realizados por los pacientes que concurren a las sesiones grupales.

En dichos encuentros se observa el abordaje del paciente obeso en forma interdisciplinaria y con un enfoque cognitivo conductual.

## **2. Objetivos**

### **2.1- Objetivo general**

Describir el tipo de intervenciones utilizado por los coordinadores, en los grupos de descenso de peso del Centro Terapéutico AA

### **2.2 Objetivos específicos:**

Describir las intervenciones realizadas por los coordinadores, frente a las situaciones estresantes planteadas por los pacientes del grupo de descenso.

Describir las intervenciones realizadas por los coordinadores, frente a la relación que tienen los pacientes con la comida.

Describir las intervenciones realizadas por los coordinadores, frente a los obstáculos planteados por los pacientes, al no poder cumplir el programa de tratamiento.

### **3. Marco teórico**

#### **3.1. Definiciones clínicas de la obesidad en función del avance temporal:**

Según Belloch, Sandín y Ramos (1995), la obesidad se relaciona con un exceso y acumulación de tejido adiposo en el cuerpo. Se trata de una enfermedad crónica que hasta la fecha no se encuentra incluida en la clasificación del DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales) como un trastorno psiquiátrico, ya que se considera como una enfermedad multideterminada.

Por su parte Moreno, Monereo y Álvarez Hernández (2000), hacen una consideración algo diferente de la obesidad, tomándola como un grupo de síndromes que no necesariamente guardan una relación estricta con la ingesta en exceso, aunque puede existir una tendencia hacia los alimentos compuestos por grasas o azúcares de rápida digestibilidad. Los autores hacen hincapié en los factores genéticos, ambientales, en el tipo de alimentación, en la calidad de vida, en el ejercicio y en alteraciones metabólicas. Es decir que consideran que la obesidad es una enfermedad compleja, multicausal, poli determinada, en la que interactúan diversos factores.

Tomando la obesidad desde el punto de vista psicológico, Vázquez Velásquez, López Alvarenga (2001), mencionan teorías que se consideraron válidas durante muchos años, basadas en que los obesos tenían problemas de personalidad, los cuales eran aliviados mediante la abundante ingesta de comida. Además se consideraba que dicha sobreingesta era una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso para reducir la ansiedad.

Desde la mirada médica, la obesidad es tomada como un exceso de grasa corporal cuya magnitud y distribución pueden condicionar en forma importante la salud de los individuos. Es por ellos que en los últimos años ha sido considerada en todo el mundo como una patología, incluso llegando a poder considerársela una epidemia, por lo cual

es fundamental ahondar en los aspectos preventivos de la mencionada patología (Chandler y Rovira, 2002).

Souza da Silva (2005) toma diferentes miradas y engloba a la obesidad en un marco multifactorial, definiendo a la misma como la alteración entre tres mecanismos básicos: la ingesta excesiva de calorías, el gasto energético y el equilibrio entre la liberación de energía y la deposición de grasa.

Esta alteración puede dar como resultado un exceso de almacenamiento de tejido adiposo y depende de una compleja red de variables: genéticas, nutricionales, psicológicas y sociales.

Destaca el autor que ninguna célula del organismo posee la capacidad de aumentar su volumen, como si lo tiene la célula grasa cuyo volumen se puede expandir hasta ocho veces. Las causas más importantes para esto ocurra serían:

- Genéticas: la persona tiene una constitución genética que puede considerarse que lo predispone a la obesidad.

- Metabólicas: no todos los organismos utilizan de igual forma las calorías que ingieren.

- Desequilibrio calórico: el ingreso calórico excesivo, conjuntamente con la escasa actividad física, confluyen de manera significativa en que la persona aumenta de peso.

- Anormalidades endócrinas: como ser hipotiroidismo, deficiencia de la hormona de crecimiento, hiperprolactinemia, Síndrome de Stein-Leventahl, Enfermedad de Cushing, o Síndrome de ovario poliquístico (Souza da Silva, 2005).

Ravenna (2007) considera a la obesidad como una enfermedad de origen tanto físico como psicológico y que se pone de manifiesto en las personas al depositarse grasa en forma excesiva. Desde el punto de vista físico, el aumento de grasa corporal es tomado como el principal síntoma de la enfermedad, ya que afirma que el cuerpo humano es por naturaleza flaco, y ello es sinónimo de salud. Para hacer un diagnóstico de obesidad, se realiza un cálculo matemático que consiste en dividir el peso de una persona expresado en kilogramos, por el cuadrado de la altura, expresada en metros. El resultado de este cálculo es lo que se conoce como índice de masa corporal (IMC).

Desde el punto de vista psicológico, considera la obesidad como una adicción a la comida. Esta adicción tiene cuatro ejes que la sustentan, los cuales a la vez se interrelacionan. Los mismos son: la comida, que sería el objeto adictivo, la persona, la familia y el entorno sociocultural de la misma.

Continuando con el diagnóstico de obesidad basado en cálculos matemáticos, Ayela Pastor (2009) dice que una persona es considerada obesa con un IMC igual o superior a 30 y si dicho cálculo diera igual o superior a 25, se considera que la persona padece sobrepeso. Agrega que el exceso de grasa en el cuerpo es un factor de riesgo para muchas enfermedades crónicas como son la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares

En forma coincidente con Chandler y Rovira (2002), Cormillot (2010) define a la obesidad como una enfermedad caracterizada por un exceso de tejido adiposo en las células, las cuales aumentan en tamaño y cantidad, en función de diferentes factores desencadenantes.

Si se toma en cuenta la definición de obesidad realizada por un organismo internacional como lo es la Organización Mundial de la Salud (citado en Pasca, Montero y Pasca, 2012), la misma y el sobrepeso son considerados como una acumulación excesiva o anormal de grasa. Para establecer dicha definición se basan en el cálculo del índice de masa corporal, al igual que lo hace Ravenna (2007) y Ayela Pastor (2009).

A partir de este cálculo se considera que una persona padece obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III, si su índice de masa corporal es de 40 o mayor, o si es de 35 o mayor y padece al menos otra enfermedad significativa o discapacidad grave, como consecuencia del exceso de peso.

La OMS al igual que Chandler y Rovira (2002), cataloga a la obesidad como la epidemia del siglo XXI, ya que la misma se ve incrementada a nivel mundial, haciendo especial énfasis en rever la alimentación y el tipo de vida infantil, ya que los niños mal alimentados, podrían padecer de obesidad en su adultez (Pasca, Montero & Pasca, 2012).

Si bien Souza da Silva (2005) habla de la influencia de los factores genéticos en la obesidad, es Ondarza (2012) quien plantea la relación entre obesidad y genética, encontrando en la epigenética una explicación basada en que los hijos pueden heredar y expresar nuevos rasgos, sin haber cambios en el ADN (ácido desoxirribonucleico). Estos pueden provenir del ambiente, hábitos alimenticios, exposición a sustancias químicas, etc.

Ondarza (2012), plantea que hace 10.000 años cuando un bebé nacía en un momento de escasez de alimentos, su metabolismo hacía que tuviera las reservas necesarias para poder sobrevivir y crecer sin ser obeso. En contraposición, en el siglo XXI, las embarazadas se alimentan con cantidad de productos, pero de muy mala calidad. La comida de mayor consumo por parte de las gestantes es la “comida chatarra”, cuyos componentes poseen sustancias nocivas y de poco o malo aporte nutricional. Este cambio en la alimentación, y el conjunto de nuevos elementos químicos que forman parte de las comidas (como colorantes artificiales, glutamatos, etc.), podrían ser los responsables de la epidemia de obesidad actual.

La misma se verifica en la Argentina, analizada por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada por la OMS en la población de áreas urbanas, la cual arroja que el 48% de los hombres y el 34% de las mujeres, tiene exceso de peso. En función de estos datos, entre otros, la Organización Mundial de Salud concluye que la obesidad va en aumento, de 14.6% a 18%, respecto a lo observado en la encuesta anterior, hecha en 2005 (World Health Organization, 2015).

De las diferentes definiciones de obesidad se desprenden conceptos comunes tales como que es una enfermedad multifactorial, que es una patología, que se incrementa año a año, que se asocia a serios factores de riesgo de padecer otras enfermedades, incluso la muerte, y que dados sus componentes psíquicos y patrones de conducta que se reiteran, pueden establecerse métodos de prevención y tratamientos.

### 3.2 Complicaciones médicas asociadas a la obesidad

Soca y Niño Peña (2009), enumeran en forma amplia una serie de complicaciones médicas como consecuencia del exceso de peso. Entre las más frecuentes se encuentran las enfermedades pulmonares, los diferentes tipos de diabetes, las enfermedades hepáticas, el cáncer, la hipertensión arterial, algunos tipos de enfermedades ginecológicas, artrosis y enfermedades cardiovasculares.

Forga, Petrina, y Barberia (2002), hacen una clasificación mas detallada de las patologías que se relacionan con la obesidad, dividiéndolas en dos grandes grupos:

-Enfermedades que ocurren como consecuencia directa del aumento del tejido graso o adiposo:

a) Apneas del sueño: que son alteraciones pulmonares que se hayan con mayor frecuencia en los pacientes obesos, que en quienes no padecen dicha patología, causándoles pequeñas interrupciones respiratorias mientras duermen.

b) La estigmatización social: el sobrepeso es algo considerado como malo o desagadable para el común de la gente, no solo desde lo médico, sino también desde lo social.

Aplicando dicha mirada se ha llegado a consecuencias que pueden ser tomadas como discriminatorias. Estos casos pueden observarse con frecuencia entre los niños (en la escuela, clubes, etc.) y también entre los adultos, llegando incluso a empresas donde no se permite trabajar a gente que, debido a su sobrepeso u obesidad, no reúne las características estéticas deseadas (Gortmaker, Must, Perrin, Sobol, & Dietz, 1994).

c) La osteoartritis: son los trastornos que se desarrollan en las rodillas o tobillos de las personas obesas, las cuales pueden deberse al sobrepeso en sí o a alteraciones metabólicas.

-Enfermedades que se relacionan con diferentes cambios metabólicos producidos por la excesiva cantidad de grasa en el organismo:

a) Trastornos por dislipidemias: se caracterizan por un aumento en los niveles de triglicéridos, una disminución de la circulación de la lipoproteína de alta densidad HDL (*high density lipoprotein*) y una composición anormal de LDL (*low density lipoprotein*). Estos factores son fundamentales en el desarrollo posterior de la aterosclerosis y enfermedades cardiovasculares.

b) Enfermedades cardiovasculares: para Forga, Petrina, y Barberia (2002), los principales factores de riesgo se asocian con la obesidad concentrada en la zona abdominal, la cual se calcula según el perímetro de la cintura y la cadera. En contraposición, Gurruchaga (1997) plantea que la obesidad puede no ser un factor de riesgo coronario, sino que éste sea una patología preexistente en el paciente y que resulte agravada por el exceso de peso.

Gurruchaga (1997) coincide con Soca y Niño Peña (2009) en que la obesidad provoca complicaciones médicas a lo largo de los años del paciente, y las mismas son de mayor gravedad al coexistir con otras de las patologías ya mencionadas, como la diabetes, dislipidemia o hipertensión.

c) Diabetes mellitus: cuando el tejido adiposo se deposita en el hígado, páncreas y músculos puede ocasionar resistencia a la insulina (Resnick, Foster, Bardsley & Ratner, 2006).

d) Cáncer: se ha estudiado que los individuos con obesidad son más propensos a desarrollar ciertos tipos de cáncer. Entre las mujeres se observa aumento de los carcinomas de mamas, ovarios y útero y entre los hombres obesos es mayor el riesgo a padecer cáncer de recto y próstata (Ramadori, Konstantinidou, Venkateswaran, Biscotti, Morlock & Galié., Coppari 2015).

Hasta aquí se han mencionado las complicaciones médicas mas conocidas, con respecto a la obesidad. Ondarza (2012) hace un aporte diferente, al analizar la relación entre la obesidad y la genética, agregando la importancia de llevar a cabo una dieta

vegetariana. Siguiendo este tipo de alimentación, se puede prevenir no solo el riesgo de padecer obesidad sino las consecuencias de la misma, como ser: hipertensión, constipación, trastornos cardíacos, diabetes, cáncer, cálculos biliares, etc.

En cuanto a los alimentos, Ondarza (2012) menciona la ventaja de ingerir proteínas provenientes de los vegetales, por sobre las animales, considerando que las primeras son de mayor digestibilidad, lo cual conlleva menos trabajo renal y facilita su procesamiento.

Como desventaja menciona que las personas deben realizar un mayor esfuerzo para planear y llevar adelante correctamente una dieta vegetariana, ya que en general suelen omitirse muchos alimentos, los cuales deben ser correctamente reemplazados en función de mantener los valores nutricionales requeridos por el organismo.

Es por ello que la dieta vegetariana suele estar formada también por compuestos multi vitamínicos y minerales que se ingieren en forma de suplementos (Ondarza, 2012).

### **3.3 Consecuencias psicológicas asociadas a la obesidad**

De acuerdo a Yaryura Tobías y Neziroglu (2003) las personas obesas tienen continuos sentimientos de desvalorización. Los mismos pueden llevarlos a sentirse como centro de atención de miradas y comentarios los cuales pueden llegar a ser muy dañinos, dependiendo de los recursos con que cada uno cuenta. .

La historia personal tanto individual como familiar, en combinación con la presión social y el medio en general, pueden hacer que la persona obesa desarrolle o no, diferentes alteraciones psicológicas.

Las más frecuentes son:

-Alteración de la imagen corporal: es decir la representación consciente o inconsciente del propio cuerpo. Las personas obesas suelen ser tomadas como menos atractivas, como seres con poca voluntad, desganados o poco laboriosos y a partir de ello es que suelen desarrollar una imagen corporal negativa.

-Pérdida de la autoestima: ésta es una de las características sobresalientes y que además retroalimenta la enfermedad, pudiendo ser la causa de que algunos pacientes obesos desarrollen cuadros depresivos.

-Padecer las consecuencias de la discriminación: la obesidad se ha constituido en un motivo de discriminación, tanto social como laboral. Ya se ha mencionado la estigmatización social de la gente obesa y de sus padecimientos en los diferentes ámbitos que frecuenta, ya sean niños o adultos (Gortmaker, Must, Perrin, Sobol, & Dietz, 1994).

Mahoney y Mahoney (1999) señalan que la obesidad es vista como una enfermedad que influye no solo en la salud física sino también en la vida emocional de las personas, alterando la felicidad de las mismas. Agregan que la ansiedad tiene un rol fundamental en relación a la conducta de ingerir alimentos, existiendo variables que tienen que ver tanto con factores biológicos como aprendidos.

En concordancia con lo descrito por Mahoney y Mahoney (1999) en cuanto a la relación de la ansiedad y la sobre ingesta, una investigación realizada por Martínez, Rodríguez, Cordero, González, Wiella, Millány Ochoa (2008) compara los niveles de ansiedad de pacientes obesos en función del género, arrojando como resultado que la misma es superior en las mujeres. Los autores han implementado también un cuestionario de calidad de vida, que muestra que las mujeres con sobrepeso u obesas, están mayoritariamente insatisfechas con su imagen corporal, pero reconocen tener un placer extra y que les ayuda a disminuir la ansiedad, al comer alimentos de alto nivel calórico.

Para Ravenna (2006a), como se ha mencionado anteriormente, la obesidad es tomada como una adicción a una droga, en este caso la misma sería la comida. El autor menciona una “personalidad adictiva” para referirse a las personas que tiene una necesidad orgánica y química, con la intervención de neurotransmisores y neuroreceptores actuando en forma específica junto a un particular estado emocional. Por ello menciona que las emociones manejan las conductas, las cuales se vuelven automáticas: “La comida no es adictiva. Sí lo es la conexión del individuo con ella”.

Agrega que en la formación de la personalidad adictiva hay cuatro elementos interrelacionados:

-Objeto droga: los alimentos ingeridos en exceso y en especial aquellos con alto contenido en hidratos de carbono, no solo cumplen una función nutricional sino que se transforman en un componente tóxico que como tal, generan dependencia tanto psicológica como física.

-La persona: los obesos se caracterizan por comer de forma ilimitada cualquier tipo de alimento. No les importa el contenido, no respetan los horarios, ni comen en función de saciar el hambre. De esa forma su cuerpo es invadido por la comida.

-La familia: hay grupos familiares que fomentan que la comida se convierta en algo adictivo, ya sea por la cantidad o calidad de la misma. También es importante destacar la relación entre los integrantes del grupo familiar y el rol de cada uno, no solo a la hora de comer.

-Entorno sociocultural: las personas que padecen obesidad se adaptan a una vida social y un entorno en donde pueden mantener su adicción y negando, hacia el afuera, que ésta existe. Allí es donde el entorno puede ayudar a que el obeso reconozca que padece una enfermedad, o por el contrario, contribuir a que siga ignorándola.

Ravenna (2006a) considera que la cantidad y variedad de adicciones se han multiplicado en los últimos años debido a la necesidad de encontrar elementos que provean de un rápido confort y alivio frente a los problemas y frustraciones de la vida cotidiana. En el caso de la comida se ve una voracidad por la misma, que nada tiene que ver con la nutrición, ni con las necesidades físicas del paciente. Esta actitud se relaciona con un estado emocional, con la insatisfacción, con la impaciencia, la intolerancia o con una situación específica que la persona solo puede sobrellevar con la sobreingesta de alimentos y se observa con mayor frecuencia en los niños y adolescentes (Ravenna, 2006a).

Carrasco Dell'Aquila, Gómez Castro y Staforelli Mosca (2009), destacan el hábito de la mencionada forma de alimentarse en las nuevas generaciones y establecen la relación entre la insatisfacción con la vida cotidiana y la edad, haciendo hincapié en la obesidad en la adolescencia. Mencionan que los niños que sufren desde pequeños por falta de

cariño, demostraciones de afecto e inclusive experiencias no gratas por parte de sus padres, pueden ir desarrollando, en especial durante su adolescencia, trastornos de la conducta alimentaria.

En este caso la comida cumple un rol de reemplazo, de alivio y compensatorio, pero también puede llevarlos a ser discriminados, como mencionan Yaryura Tobías y Neziroglu (2003).

Basilio, Monereo y Álvarez (2000), analizan la discriminación y el trato diferente que sufren en la sociedad los obesos, los cuales como demuestra el estudio de Martínez, Rodríguez, Cordero, González, Wiella, Millány Ochoa (2008) se ven más acentuados en las mujeres que en los hombres. Los autores realizan un estudio que concluye en que las mujeres obesas tienen mayores dificultades para insertarse laboralmente, para terminar una carrera universitaria, perciben menor salario que los hombres, así como para formar pareja y casarse.

Lo analizado hasta aquí en cuanto a las consecuencias psicológicas asociadas a la obesidad, muestra que las personas que padecen dicha patología suelen estar expuestas a la desaprobación y desvalorización tanto propia como externa, que padecen dificultades para insertarse socialmente o para obtener un puesto de trabajo acorde a sus capacidades y que la necesidad de una ingesta excesiva puede asociarse a un incremento de ansiedad.

### **3.4 Estrés**

Según lo mencionado por Yaryura Tobías y Neziroglu (2003), las personas que padecen obesidad pueden tener alteraciones psicológicas tales como el estrés.

Selye (1956) definió al estrés como la respuesta general de adaptación del organismo, cuando éste se enfrenta a un estímulo amenazante. Dicha respuesta puede ser de afrontamiento de la situación o de huida.

Frente a ambas situaciones, el organismo se prepara con procesos físicos, tales como el aumento en la frecuencia respiratoria, de la presión sanguínea, del ritmo cardíaco y

de la glucosa en sangre. Puede observarse también dilatación de las pupilas, aumento de la tensión muscular y sudoración.

Según el concepto fisiológico, Vázquez (2006) menciona que en las situaciones de estrés, la noradrenalina y la adrenalina que son neurotransmisores ampliamente distribuidos dentro y fuera del sistema nervioso central, se liberan en forma aumentada al torrente sanguíneo, no como neurotransmisores sino como hormonas. Ambas, noradrenalina y dopamina, le dan señales al individuo en relación con la ingesta. De este modo la psicofisiología y las neurociencias ponen en relieve que el estrés lleva implícitos cambios físicos, objetivos, que tienen incidencia directa con la ingesta. (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Hay diferentes teorías que hacen referencia al estrés, una de ellas se centra en la respuesta personal y se suele relacionar con cansancio o fatiga. Otra hace referencia a un estímulo externo que impacta, como puede ser una mudanza, muerte, divorcio, etc. Y la tercera es la teoría basada en la interacción, de Lazarus y Folkman (1985) que se relaciona con un balance entre el estímulo y la capacidad de respuesta que posee la persona. Esta última le otorga preponderancia a los factores cognitivos que se encuentran entre los estímulos y las respuestas a los mismos.

La idea principal de los autores es la evaluación cognitiva. Según la misma las personas están permanentemente valorando y otorgándole un significado a lo que ocurre a su alrededor y realizan tres evaluaciones:

- La primera puede ser tomar al estímulo como una amenaza, beneficio, daño, etc.
- La siguiente tiene que ver con los recursos con que cuenta la persona, al enfrentar la situación.
- Y por último hay una reevaluación de las valoraciones previas, según sea la interacción entre la persona y las demandas, tanto externas como internas (Lazarus y Folkman, 1985).

Uniendo las teorías mencionadas, Bulacio (2011) agrega la llamada teoría constructivista del estrés y explica que la persona hace un proceso de cuatro pasos:

- a) Valoración y otorgamiento de un significado al estímulo: este dependerá de los esquemas cognitivos, ideas previas y creencias del sujeto, provocando una valoración que dependerá del encuentro entre el estímulo y el sujeto.
- b) Valoración de los recursos: se valora con qué cuentan los sujetos. Cuanto mejor se conozcan los recursos, mejor será la respuesta y la utilización de los mismos.
- c) Proceso de comparación entre valoraciones: se evalúa la diferencia entre la valoración de los estímulos con la de los recursos. Si esa diferencia es mayor que la que el sujeto puede soportar, se producirá el estrés.
- d) Afrontamiento: este puede ser cognitivo y es cuando la persona trata de encontrar nuevos significados a los estímulos. O conductual, que es cuando la persona realiza actos que lo conduzca a minimizar la mencionada diferencia (Bulacio, 2011).

Para Sierra, Ortega y Zubeidat (2003), el estrés es un hecho natural y habitual en los seres humanos, al estar sometidos a una gran presión, a una situación complicada, problemas físicos, conyugales, laborales, etc. Es un proceso adaptativo e imprescindible para sobrevivir y coincidiendo con los anteriores autores, aclaran que está definido por la relación entre la persona y el estímulo. Por lo cual cada persona percibirá en forma propia y singular, la situación.

En cuanto a la relación entre el estrés y la alimentación, un estudio realizado por Gorrita Pérez, Bárcenas Bellot, Gorrita Pérez y Brito Herrera (2014) demuestra que ambos se relacionan desde que el bebé comienza a gestarse. Basado en que la lactancia materna es la mejor forma natural de alimentar a un bebé, en cuanto a las propiedades que le brinda en su desarrollo y crecimiento, se observa que el estrés de la madre durante el embarazo, puede ser perjudicial para la alimentación del bebé e influir en el desarrollo cognitivo de los primeros años de vida del niño. El estrés materno produce modificaciones en la circulación de la placenta, alterando el flujo de la arteria uterina y los niveles de cortisol maternos. El estudio establece una estrecha relación entre el estrés y la ingesta excesiva por parte de las mujeres embarazadas, llevando a

que las mismas tengan partos antes del término esperable de 40 semanas de gestación y cuyos bebés tendrán bajo peso al nacer.

Locher, Yoels, Maurer y Ells (2005) relacionan el estrés con la obesidad y el tipo de comidas que prefieren los niños y jóvenes. Éstos mencionan entre las comidas favoritas a las denominadas “comfort food”, que se dividen en cuatro categorías: la comida de indulgencia, la nostálgica, la de conveniencia y la físicamente reconfortante. Y dentro de esas categorías los productos mencionados son: helados, caramelos, chocolates, comida rápida, *snacks*, panes, etc. El estudio demuestra en forma coincidente con Ravenna (2006a) que el estado emocional del individuo es fundamental al momento de seleccionar la comida y que la misma tiene una alta asociación con la idea de aliviar la angustia y el estrés.

Dallman (2010 citado en Mestas Hernández, Gordillo León, Arana Martínez y Salvador Cruz 2012), también establece la relación entre el estado emocional y el aumento de peso. Explica que el comer significa una forma de recompensa, que provoca bienestar y emociones positivas para hacer frente al estrés, el cual suele provocar síntomas tales como ansiedad, ira, irritación, preocupación, tristeza o estados de desesperanza. El estrés aumenta la secreción de glucocorticoides y éstos generan una mayor motivación para comer. A la vez el estrés genera mayor liberación de insulina al torrente sanguíneo, la cual promueve la ingesta de alimentos ricos en azúcares.

En forma coincidente con lo mencionado por Vázquez (2006), la motivación hacia la comida se relaciona con la activación del sistema neuronal que se pone de manifiesto como respuesta al estrés, de manera que por lo hasta aquí desarrollado, estos aspectos deben tomarse en forma conjunta.

### 3.2.1 Tratamientos médicos

Cuevas y Reyes (2005), mencionan que la obesidad se considera no solo como una enfermedad física, sino que es base de numerosas comorbilidades que afectan a todo el organismo, cuando se ha fracasado al intentar diferentes dietas hipocalóricas, existen indicaciones médicas para realizar tratamientos farmacológicos, para los cuales hacen una clasificación en grupos:

-Fármacos que reducen la ingesta alimentaria: son aquellos que actúan a nivel del sistema nervioso central, aumentando la liberación de norepinefrina o bloqueando su recaptación a nivel neuronal y de esta forma reducen el apetito. Algunos de ellos son: fentermina, bupropión y sibutramina. Este último era un fármaco muy utilizado para el tratamiento de la obesidad, pero debido a su acción anorexígena, se encuentra prohibido su uso.

-Fármacos antidepresivos: son los llamados IRSS por su acción reguladora sobre la serotonina. Se relacionó que éste y otros antidepresivos, pueden actuar sobre la regulación del sueño, del estado anímico, de la vida sexual y también sobre el apetito

-Fármacos anticonvulsivantes: se utiliza el topiramato en pacientes que presentan obesidad mórbida, cuyas complicaciones ponen en riesgo su vida.

-Fármacos que reducen la absorción de nutrientes: actúan bloqueando la lipasa gástrica y pancreática y de esta forma reducen la absorción de grasa. El más usado es el orlistat.

-Fármacos que aumentan el gasto energético: son aquellos que estimulan la termogénesis, pudiendo provocar pérdida de peso. Entre éstos el más utilizado es la efedrina, de la cual se sabe que puede ocasionar efectos adversos, principalmente hemodinámicos y metabólicos. Algunos profesionales han utilizado la asociación de efedrina y cafeína, lo cual ha incrementado los mencionados efectos adversos de la efedrina, produciendo arritmias, infarto de miocardio o hemorragias cerebrales. (Cuevas y Reyes, 2005).

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (A.N.M.A.T.), suspendió en Octubre de 2010, la comercialización y uso de sibutramina,

droga utilizada inicialmente para el tratamiento de la depresión, por hallarse que provocaba serios efectos colaterales como ser, riesgo cardíaco (Cormillot, 2011)

Ravenna (2007) explica que algo similar ocurrió a partir de los años ´70, cuando eran muy utilizados los anorexígenos, entre ellos las anfetaminas, las cuales se encuentran actualmente prohibidas debido a las consecuencias indeseadas que provocaban, incluyendo desenlaces fatales. El mencionado profesional recomienda en sus dietas la incorporación de fármacos como ser suplementos vitamínicos y oligoelementos (manganeso, cobre, yodo, etc.).

Además de los tratamientos farmacológicos, Elli, Horgan y Ferrain (2006) se refieren a los tratamientos quirúrgicos para adelgazar. Entre los mismos, se utilizan el *by pass* gástrico y la banda gástrica ajustable

Para realizar este tipo de cirugías, los pacientes tienen que tener entre 18 y 65 años de edad, tener un índice de masa corporal mayor a 35 con alguna comorbilidad severa, o un índice mayor a 40 sin la presencia de comorbilidad y presentar un riesgo quirúrgico que sea aceptable. Además deberán ser pacientes que al llevar a cabo diferentes tratamientos para descender de peso, han fracasado repetidamente. Deben presentar la capacidad de conocer, comprender y asumir los riesgos quirúrgicos a los cuales se enfrentan, como también asumir el nuevo tipo de alimentación que deberán poner en práctica una vez hecha la cirugía. Por último deben comprometerse a realizar las visitas de control post-quirúrgico, como así también a encarar nuevas conductas en cuanto a su alimentación.

Bustamante, Williams, Vega y Prieto (2006) analizan las ventajas clínicas en forma posterior a una cirugía bariátrica obteniendo mejoras en los resultados de los cuatro tipos de comorbilidades mas frecuentes que son: diabetes tipo II, hiperlipidemia, hipertensión y apnea obstructiva del sueño. Concluyen que los mencionados trastornos fueron significativamente mejorados y hasta resueltos, como fue en el caso de la diabetes tipo II.

La realización del *by pass* gástrico, es un procedimiento que junta dos mecanismos de pérdida de peso, uno es el restrictivo, ya que el estómago es seccionado y reducido en su tamaño, con lo cual la ingesta obligatoriamente será menor. Y el otro tiene que ver

con la absorción intestinal, ya que la misma se verá modificada por el cambio físico realizado en el tracto digestivo.

La ventaja de este procedimiento es que debido al doble mecanismo de pérdida de peso, lleva a resultados muy buenos y es sumamente efectivo en poco tiempo, como así también a largo plazo

La colocación de la banda gástrica ajustable produce restricción en la ingesta y consecuentemente el paciente nota una pronta sensación de saciedad comiendo cantidades significativamente menores a las que acostumbraba.

Bustamante, Williams, Vega y Prieto (2006) destacan que no hay una alteración en la anatomía digestiva, con lo cual los alimentos siguen el tránsito intestinal habitual. Lo que se hace es colocar por medio de una intervención laparoscópica, un anillo de silicona semirrígida con un balón que es ajustable a la pérdida de peso del paciente. De esta forma el organismo absorbe todo lo que el paciente ingiere, pero con un estómago “menor” al anterior, con lo cual es fundamental que la persona ingiera aquello que se le indica en esta nueva etapa de su anatomía. Las ventajas de la colocación de la banda gástrica ajustable, son que los pacientes suelen estar internados uno o dos días, pudiendo a la semana retomar sus tareas habituales, tienen muy baja tasa de complicaciones y la tasa de mortalidad es prácticamente del cero por ciento. Además es una cirugía reversible, de modo tal que mediante otra cirugía se puede retirar la banda, sin haber modificado en lo absoluto la anatomía del paciente.

La desventaja de este procedimiento es que el tratamiento depende de la conducta, motivación y compromiso del paciente. El mismo debe incluir en su nueva dieta, durante el primer mes post quirúrgico, solo líquidos y alimentos blandos que no sean ricos en calorías, debe concurrir al control médico, realizar ejercicio físico y no aumentar la ingesta, ya que de esta forma pueden agrandar el reservorio gástrico.

En contraposición, las desventajas del *by pass* gástrico son que conlleva alteraciones anatómicas y metabólicas permanentes y definitivas. Además los pacientes permanecen internados hasta 4 o 5 días y tardan aproximadamente un mes en regresar a sus tareas habituales. Dado que es un procedimiento quirúrgico complejo, puede asociarse a complicaciones post operatorias significativas (Bustamante, Williams, Vega & Prieto, 2006).

Ravenna (2010) describe diferentes tratamientos para combatir la obesidad sin la utilización de fármacos ni cirugías. Éstos se basan en la ingesta de una determinada y limitada cantidad diaria de calorías, distribuidas en alimentos que contienen muy poco o nada de harina. En forma conjunta a la dieta, propone la ingesta de hasta cuatro litros de líquido diario, la realización de ejercicio físico y cambio de hábitos que lleven a una vida saludable. Destaca que en el caso de la obesidad mórbida, con un diagnóstico de alto riesgo y en donde está en peligro la vida del paciente, sí considera a la cirugía como medida primaria.

En forma coincidente, Cormillot (2008) enfoca el tema de las cirugías: solamente las implemente en el caso de que haya riesgo de vida para el paciente o por una cuestión estética, luego de un descenso muy importante de kilos. La obesidad es encarada a partir de una dieta que si bien no es fija en la cantidad de calorías, se acomoda a las necesidades nutricionales de cada paciente. La misma es acompañada de actividad física y cambio de hábitos alimenticios que puedan prolongarse en el tiempo.

Por lo desarrollado hasta aquí, los tratamientos más eficaces a largo plazo y en términos de salud física y general, son aquellos que abordan al paciente obeso en forma multidisciplinaria con acciones médicas, nutricionales, actividad física y apoyo psicológico, con el fin de promover una reeducación permanente en la forma de alimentarse.

### 3.2.2. Terapia Cognitiva

Rodríguez Biglieri & Vetere (2011), fundamentan los conceptos básicos de la terapia cognitiva entre otras cosas, en la frase de Siddhartha Gautama (563-483 a.C.): “Somos lo que pensamos. Todo lo que somos surge con nuestros pensamientos. Con nuestros pensamientos creamos el mundo”. Es decir que sus bases se remontan a pensamientos filosóficos antiguos, a los que suman a Epicteto (55-135 d. C.), filósofo griego que dijo: “El hombre no es movido por las cosas, sino por la visión que tiene de ellas”.

A principios de los años 60, se habla de terapia cognitiva, la cual se basa en el *modelo cognitivo* y surge de la mano, en forma separada, de Beck (1964) y Ellis (1962) planteando que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Son estas últimas quienes interpretan, de modo subjetivo cada situación.

Así el postulado central de la terapia cognitiva, es que los hombres hacen una lectura singular y activa de todos los estímulos que perciben, ya sea de forma interna como externa, y la misma influirá directamente en la manera de sentirse y comportarse.

De lo anterior se desprende que no existe una realidad única, objetiva y verdadera, sino que cada ser humano construye la suya, es decir que los hechos son cosas aisladas, sin significado, hasta que cada persona le atribuye uno.

De esta forma el sujeto construye el conocimiento, esta posición epistemológica está ligada al constructivismo.

Para los autores, hay dos modelos de terapia cognitiva, uno basado en un constructivismo crítico, que sostiene la existencia de una realidad externa, aunque reconoce la imposibilidad de acceder a ella en forma completa y otra teoría se basa en un constructivismo radical, que afirma que la realidad no existe o bien, es completamente inaccesible, de allí que se habla de realidades interpretadas.

Otra noción implícita en el postulado central de la teoría cognitiva, se relaciona con el hecho de que el hombre por medio de un interjuego de estructuras y procesos con los que da significado y sentido a sus experiencias, construye su realidad. (Rodríguez Biglieri y Vetere, 2011).

Caro (1997) entiende la terapia cognitiva como un tipo de psicoterapia estructurada, enmarcada en un límite de tiempo, enfocada en un problema hacia el cual se orienta y dirigida a modificar el procesamiento de la información que hace el paciente.

El terapeuta y el paciente interactúan para identificar las cogniciones que suelen estar distorsionadas y que derivan de las creencias o supuestos que forman los pensamientos de las personas.

Coincidiendo con Rodríguez Biglieri y Vetere (2011), a través de la terapia cognitiva, se construye otra realidad, que tiene como objetivo realinear los pensamientos que son desadaptativos en la vida de la persona. Bulacio (2010), explica que el sujeto arma esquemas con dichos pensamientos y éstos forman estructuras cognitivas que le permiten a la persona, conocer e interactuar con el mundo. Estos esquemas basados en el aprendizaje y experiencias individuales, determinan la forma de pensar y enfocar la vida, de tal modo que son dinámicos: se van formando y modificando.

### **3.2.3 Terapia cognitiva y trastornos alimentarios**

Lamberto, Pizarro, Mateucci y Cheliz (2008), mencionan que es fundamental articular los acontecimientos vividos y el significado que cada persona le da a las experiencias, las cuales hace propias. Así la terapia cognitiva utilizada por pacientes con trastornos alimentarios, apunta a indagar entre otros temas, cómo se construye en cada paciente el significado de la alimentación.

Concuerdan con Locher, Yoels, Maurer y Ells (2005) en que incluir a la familia es de suma importancia, dado que los trastornos alimentarios suelen comenzar en la niñez o adolescencia y son los padres los que acompañan dicho período de crecimiento, inculcando conceptos y hábitos. De este modo se puede hacer un diagnóstico multimodal, comprendiendo los recursos personales, familiares, antecedentes y riesgos de cada paciente.

Lamberto, Pizarro, Mateucci y Cheliz (2008) mencionan una problemática sufrida en forma muy habitual por parte de los pacientes obesos y es que presenten dificultades en las relaciones interpersonales, sin darse cuenta de las mismas o sin poder hacerles

frente, debido a la distracción que le ocasiona todo lo referente al peso, a la dieta y a la imagen corporal.

Vera y Fernández (1989) proponen un tipo de modelo cognitivo-comportamental para el tratamiento de la obesidad, cuyo objetivo principal es alcanzar el autocontrol. Es decir que intenta proporcionar al paciente obeso, herramientas tanto cognitivas, afectivas como conductuales, que le permitan modificar la conducta que los lleva a comer en exceso.

Algunas de las técnicas utilizadas son:

- La auto-observación: es común que los pacientes obesos desconozcan su forma de ingerir automáticamente y en exceso, ciertos alimentos.

- El auto-registro: implica el registro diario de todo lo que se come y de la actividad física realizada.

- El análisis e identificación de las variables ambientales que suelen funcionar como antecedentes de la respuesta emocional automática que lleva a la conducta de ingesta excesiva.

- El análisis e identificación de los estímulos internos cognitivos, como ser aburrimiento, tensión, ansiedad, pesimismo, expectativas, etcétera.

- El análisis e identificación de las variables biológicas, como ser deficiencias nutricionales (temporales o permanentes), problemas médicos, etcétera.

- El análisis e identificación de las variables fisiológicas, como ser presencia o ausencia de hambre o saciedad (Vera & Fernández, 1989).

Retomando el concepto de la responsabilidad individual y del propio registro, Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997), proponen que los pacientes aprendan a manejar las tablas de calorías de los distintos alimentos y así puedan elaborar sus propios menús. De esta forma podrán hacer las variantes que sus gustos y necesidades requieran, sin tener que seguir estrictamente una dieta preestablecida. La idea de este involucramiento personal es quitarle la parte monótona y rutinaria que la comida hipocalórica presenta, el cual es uno de los motivos de pérdida de motivación y abandono de la misma.

Los autores consideran que es importante que el paciente no pase hambre, ni esté presionado por el cálculo permanente de las cantidades de los alimentos. Esto difiere totalmente de lo expresado por Ravenna (2010), que basa su dieta en 600 calorías diarias.

Según Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997) hay diferentes técnicas que deberían aplicarse y de ser posible, combinarse.

- El auto-registro del consumo de todos los alimentos y la expresa aclaración de las diferentes situaciones en las que se consumen. El objetivo es hacer que el paciente tenga cabal conciencia de lo que consume en todo el día y de las variables que controlan la ingesta.

- El auto-registro de la actividad que el paciente realiza durante el día. No solo la actividad física programada, como ser clases de gimnasia, sino todo lo que hace a su actividad diaria, ya que es importante que junto a la reducción de la ingesta de calorías se establezca un aumento paulatino de la actividad física.

- El establecimiento de metas y submetas adecuadas: es importante que el paciente pueda establecer una meta final que sea realista y adecuada a sus posibilidades. De igual modo, para mantener la motivación y buen seguimiento del tratamiento, es imprescindible que establezca submetas u objetivos parciales previos a conseguir el objetivo final, que sería el peso deseado y establecido por los especialistas.

- El control estimular está dirigido tanto al consumo de los alimentos como a la situación en sí de comer. Se sugiere comer despacio, de a bocados pequeños, utilizar platos de postre para servir la comida principal, comer siempre con cubiertos y sentados a la mesa, llevar a la mesa el plato ya servido, no tener al alcance de la mesa alimentos denominados “peligrosos” (por su alto contenido calórico) y levantarse de la mesa al terminar de comer.

- El autorrefuerzo es importante para mantener la motivación de los pacientes. Éstos aprendan a reforzar su trabajo y la obtención de cada metas establecida, utilizando distintos reforzadores, tanto externos como internos.

- El registro semanal: es fundamental para cada paciente tener anotado semanalmente su peso y hacer un seguimiento del mismo.

Ravenna (2010), opina por el contrario, que el peso debe controlarse en forma diaria y hasta dos veces en el mismo día.

Retomando el concepto de ansiedad mencionado por Mahoney y Mahoney (1999) que lleva a las personas a situaciones de pérdida de control y aumento desmedido en la ingesta, Vera y Fernández (1989) mencionan la relajación y los ejercicios de respiración como mecanismos útiles. La técnica debe ser aplicada por cada paciente en su vida personal, realizando ejercicios con el fin de tensionar y relajar los diferentes grupos musculares.

La finalidad de estos mecanismos y de otros ejercicios, es alentar a los pacientes obesos a desarrollar conductas alternativas, dice Ravenna (2010). Se les enseña a identificar algunas de las sensaciones que los lleva a comer indebidamente, como pueden ser: soledad, amargura, opresión, frustración y a elaborar posibles soluciones alternativas, tales como llamar a un amigo, dar un paseo o simplemente relajarse y no hacer nada. Se les propone a los pacientes aumentar la actividad física, como un intento de cambiar el estilo de vida (generalmente sedentario), acostumbrar a los pacientes al uso de escaleras, a concurrir caminando a sus diferentes actividades o, en caso de ir en auto, estacionarlo lejos.

Se les enseña a los pacientes obesos, técnicas mediante las cuales puedan detener los pensamientos automáticos, imágenes, etcétera, antes de la ingesta de comida en forma compulsiva y se les propone anotar en un cuaderno a la manera de registro, cuáles son los pensamientos que invaden su mente en esos momentos.

En el caso de que las personas no pudieran escribirlos, se les pide que dibujen algo que sea representativo de sus sensaciones en ese momento (Ravenna, 2010).

De acuerdo a Labrador, Cruzado y Muñoz (2000) se suelen utilizar técnicas de focalización y asociación de imágenes a sensaciones en forma continua, de este modo el paciente suele encontrar allí el por qué de la ingesta compulsiva.

Ante los numerosos y diferentes obstáculos planteados por los pacientes para llevar a cabo una dieta en forma exitosa, como ser: económicos, sociales, psicológicos, familiares, laborales, etcétera; existen técnicas que operan como refuerzos negativos y

otras como positivos. Algunas técnicas para parar los pensamientos pueden ser: aversión a los alimentos, inundación y focalización en el logro. Cuando los pacientes manifiestan que no pueden controlar las ganas de ingerir alimentos compulsivamente, es muy útil enseñarles a imaginar que un personaje significativo para ellos, los ayuda a resistir la difícil situación y les sirve para reforzar el autocontrol (Labrador, Cruzado & Muñoz, 2000).

Lamberto, Pizarro, Mateucci, Cheliz (2008), consideran que es importante el trabajo en forma multidisciplinaria, junto a médicos clínicos, nutricionistas y psicólogos.

Cada profesional hace un modelo de entrevista focalizado en su área y luego en un espacio común se hace la evaluación y la comprensión de la naturaleza del problema, como para poder diseñar una estrategia terapéutica focalizada en cada paciente.

Destacan como una herramientas fundamental en la evaluación, el diagnóstico psicológico hecho a través de una entrevista familiar, así como el uso de técnicas proyectivas tales como los gráficos de persona bajo la lluvia, familia cinética, pareja, cómo se ven y cómo les gustaría verse y el Test de Rorschach. Además al tener en cuenta la comorbilidad que presenta la obesidad con la depresión, se incluyen en los cuestionarios el Inventario de Beck para la Depresión, la escala de desesperanza y el inventario de ideación suicida.

Lamberto, Pizarro, Mateucci, Cheliz (2008) consideran importante tener en cuenta que el proceso terapéutico no es lineal, por eso la terapia cognitiva busca ir modificando y adecuando el tratamiento según las necesidades del paciente, sus recursos y su red de contención.

Los sujetos obesos padecen sentimientos de desvalorización continua, si bien todos se enfrentan a la misma presión social no todos la elaboran del mismo modo. Es por ello que de acuerdo a la historia personal y a ciertas conductas mencionadas, la persona obesa puede padecer estrés.

A partir de los diferentes autores y del enfoque cognitivo conductual formulado, es importante destacar que al ser la obesidad una enfermedad crónica, que conlleva tratamientos largos, es fundamental el vínculo entre paciente y terapeuta. La enfermedad está en manos de los pacientes y éstos deben sentirse seguros para tomar decisiones.

Por ello necesitan un interlocutor y muchas veces lo encuentran entre sus pares, como ocurre en los grupos, según Ravenna (2006a). El escuchar y ser escuchado, el preguntar sin ser censurado y el intercambio de vivencias similares, enriquece y fortalecen al paciente en el camino diario.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo de estudio y diseño**

El tipo de estudio descriptivo es de caso único.

El grupo está formado por pacientes hombres y mujeres, coordinados por Psicólogas, una Nutricionista y dos Psiquiatras.

### **4.2 Participantes**

En el Centro Médico AA coexisten grupos de descenso de peso que se ofrecen diariamente los siete días de la semana, grupos de mantenimiento y grupos de adelgazamiento intensivo del fin de semana.

Los participantes son mayores de edad, en su gran mayoría mujeres de entre 30 y 65 años. Se observa menor cantidad de hombres, que se encuentran en un rango de edad Similar al femenino.

Hombres y mujeres concurren al mismo grupo terapéutico a la vez que realizan una dieta de 600 calorías diarias y muchos de ellos realizan en forma adicional actividad física. Esta se lleva a cabo en el gimnasio de la institución o en los bosques de Palermo y siempre es supervisada por Profesores de Educación Física pertenecientes a la institución.

Los grupos son coordinados, según el día y en forma aleatoria, por una o dos Psicólogas, una Nutricionista y uno o dos Psiquiatras. Muchas veces se encuentra presente también un Profesor de Educación Física o de baile.

### **4.3 Instrumentos**

Observación no participante y registro de las observaciones durante 280 horas en las reuniones grupales de los días miércoles y sábados.

### **4.4. Procedimiento**

El trabajo que se describe a continuación se realizó a través de la observación no participante llevada a cabo durante 280 horas de reuniones grupales de los días miércoles y sábados, contando las mismas con una duración aproximada de dos horas. Los participantes asisten a las charlas del Centro AA diariamente, incluyendo los fines de semana, en grupos de aproximadamente 80 personas

## **5. Desarrollo**

Antes de describir las intervenciones realizadas por los coordinadores en los grupos para descenso de peso, se explicará cómo y dónde se desarrollaron las sesiones grupales en los grupos de descenso del Centro AA.

El centro médico cuya sede se encuentra en la Capital Federal está construido en dos edificios modernos.

Uno de ellos consta de tres pisos y en la recepción hay siempre una persona que toma los datos de cada paciente que ingresa, así como su peso diario. Hay una pequeña y cómoda sala de espera, con sillones y un televisor y material de lectura. El edificio tiene una sala para pesar a los pacientes cuando llegan, un amplio salón para reuniones y un amplio salón con sillas dispuesto a manera de teatro, para que los coordinadores puedan ubicarse de frente a todos los participantes que allí se encuentran. Todas las reuniones del grupo se desarrollan en dicha sala.

El ambiente es cálido, confortable y posee detalles de confort y necesidad para los pacientes como son los amplios baños y lugares donde pueden servirse agua, caliente o fría y una máquina *dispenser* de bebidas (café, té, etc.). Estos detalles son

fundamentales como contribución al tratamiento, ya que el mismo incluye que los pacientes ingieran hasta 4 litros de líquido diarios. Es de destacar que no se permite el ingreso a las reuniones grupales, con ninguna comida, sí con bebidas.

Enfrente del edificio descrito, se encuentra otra sede, que consta de una pequeña recepción y un amplio y confortable salón comedor. Además en éste, se pueden comprar las viandas, de elaboración propia y cuyo valor nutricional se encuentra detallado en cada alimento, de manera tal que los pacientes pueden llevar a cabo la dieta de 600 calorías, sin necesitar el estricto control de qué compran o cocinan en sus hogares.

En el mencionado edificio hay un pequeño gimnasio, con aparatos especializados para tratar a gente obesa y se complementa con un gimnasio ubicado en forma contigua. Éste es dirigido por profesores de Educación Física y de baile y si bien consta con la supervisión del Dr. AA, Director de la Institución, es de acceso libre para cualquier persona que quiera acercarse para hacer gimnasia, a aunque no se encuentre anotado en el centro realizando un tratamiento para bajar de peso.

A continuación se desarrollarán los objetivos:

### **5.1 Describir las intervenciones realizadas por los coordinadores, frente a las situaciones estresantes planteadas por los pacientes del grupo de descenso**

A lo largo de las 280 horas pasadas en la Institución se observaron encuentros grupales, los cuales estuvieron coordinados por una o dos Psicólogas, (solamente se observó durante ese tiempo, a un Psicólogo), una Nutricionista y uno o dos Psiquiatras, incluyendo al Director del Centro. Muchas veces se encontraban presentes también, un Profesor de Educación Física y uno de baile.

Las terapeutas eran Alicia y María, quienes tienen aproximadamente 45 años de edad. María lleva años trabajando en la institución, de manera de mostrarse más experimentada en el manejo de los grupos y sus problemas. La Licenciada en Nutrición, Alejandra es algo más joven y luego se encuentran los Psiquiatras: Dr. AA, director del centro de unos 65 años de edad y el Dr. Jorge, de edad similar.

(Se modificaron los nombres de los profesionales así como de los pacientes, para preservar su identidad y del mismo modo, el secreto profesional).

Los pacientes llegaban con puntualidad a los grupos, del mismo modo que lo hacen los profesionales, y se saludaban amablemente. Muchos pacientes se acercaban para saludar con un beso a algunos de los coordinadores, y lo mismo hacían al terminar la sesión. Esto mostraba no solo el clima cálido y afectuoso en que se desarrollaba el trabajo sino también, el involucramiento por ambas partes. Lo mismo se observó cuando los terapeutas llaman por su nombre de pila a los pacientes.

Se observa que los coordinadores, y los pacientes tienen el mismo tipo de sillas, si bien los primeros se encuentran frente al resto, de forma de poder verse las caras e interactuar cómodamente.

El Director de la Institución no ocupa un lugar físicamente diferente, pero sí será la persona que coordine con mayor soltura y durante mayor tiempo a todo el grupo. Sus intervenciones son mucho más agudas, haciendo hincapié en cuestiones puntuales de

algunos pacientes a quienes muestra conocer desde hace años y dando muestra no solo de nociones médicas y nutricionales, sino también de un notable manejo como líder de grupo.

Además se muestra permanentemente actualizado, comentando acerca de los Congresos mundiales y locales sobre Obesidad, en los que participa como uno de sus principales oradores.

Como se ha mencionado, cada encuentro comienza luego de los saludos y mientras se oye a los pacientes, quienes conversan entre sí mostrando ser grupos que se conocen desde hace tiempo, el coordinador invita a comenzar la sesión del día. Mirando hacia el grupo sentado frente a él /ella, consulta quién desea empezar y con qué tema.

En algunas oportunidades, es el coordinador quien directamente aborda a una determinada persona preguntándole en forma directa cómo estuvo en esos días, cuál fue la modificación en su peso, en su dieta, en sus hábitos, etc. Según lo consultado, esta situación se da en casos puntuales en donde el coordinador ya ha tenido mucho contacto con la persona, inclusive en su propio consultorio y se haya habilitado para conversar la problemática individual ahora en forma grupal, de manera que ese relato o problemática, pueda enriquecer al resto de los participantes.

Uno de los temas que surge al comenzar la charla, es el estrés que les provoca a quienes están iniciando la dieta, el estar sometidos a un nuevo tratamiento para adelgazar.

Los diálogos eran:

(P: paciente, C: coordinador)

P: Yo ya hice muchas dietas y ninguna me sirvió, no tengo esperanza...

C: Tenés que cambiar la actitud y confiar en que esta vez y junto al grupo, vas a lograr adelgazar.

P: Yo como mucho porque estoy muy ansiosa y la comida es lo único que me calma.

C: Acá te vamos a enseñar a encontrar alternativas para estar mas tranquila, sin tener que comer aquello que te daña.

P: Hace dos años que me separé de mi marido y por eso aumenté 10 kilos.

C: Entre todos vamos a ir viendo que los temas personales no se solucionan comiendo. Al contrario: solo empeoran tu aspecto físico y tu salud.

P: Tengo muchos problemas en el trabajo y por eso cuando llego a casa me desahogo comiendo.

C: Hay muchas cosas que se pueden hacer, como caminar o gimnasia, que son realmente un desahogo. La comida solo te suma otro problema.

Al empezar la charla grupal, surgen de forma reiterada este tipo de diálogos que son los que mas preocupan a las personas que están realizando por primera vez o en forma reiterada, una dieta. Los temas que surgen con mayor frecuencia son: buscar en la comida la solución a problemas de tipo ansioso y paralelamente, no poder llevar adelante correctamente una dieta para bajar de peso.

El estrés dicen, no tiene que ver directamente con la dieta en sí, sino con no creerse lo suficientemente capaces como para llevar adelante con éxito el tratamiento. Los comentarios mencionados se relacionan con la valoración y el otorgamiento del significado que le dan a la comida y también a sus esquemas cognitivos, ideas previas y creencias individuales, según Bulacio (2011). Además es fundamental para cada paciente reconocer los recursos con los que cuenta, ya que así podrá focalizarse en ellos o trabajar para lograr aquellos de los cuales carece.

El trabajo del coordinador en el grupo, es fundamental en este punto ya que pregunta y repregunta a cada paciente, de manera de comparar los diferentes planteos. Así lleva a que los pacientes pongan en relieve cuáles situaciones resultan estresantes para unos y “normales” para otros. De esta manera, la persona que argumenta sentirse ansiosa y estresada por diferentes motivos los cuales la llevan a la sobreingesta, puede resignificar los estímulos e intentar así disminuir su nivel de estrés frente a los mismos.

Luego de cada encuentro, el coordinador hace intervenciones grupales como ser:

-Compartir los números de teléfono entre pequeños grupos de gente que es afín. Comunicarse para salir a caminar juntos.

Estas intervenciones eran muy frecuentes y muy bien aceptadas por parte de los pacientes, que inmediatamente comenzaban a intercambiar sus datos personales para apoyarse y acompañarse por gente que está pasando por idéntica problemática.

Este método se basa en Ravenna (2010), que explica la importancia de alentar a los pacientes obesos a no recurrir a la comida en las situaciones de amargura y soledad, sino en buscar apoyo y contención social o familiar.

También se ve que el coordinador se dirige a algún paciente en particular, sugiriéndole que se quede un rato para charlar en forma privada, al finalizar el encuentro. Y en algunas ocasiones en que alguna persona se muestra desbordada por el estrés que le provoca el tratamiento, el Dr AA, quien se muestra muy experimentado en el manejo grupal, le sugiere a esa persona pactar una cita para verlo en forma individual en su consultorio. Además el mencionado profesional realizaba las siguientes intervenciones:

“Esta semana subiste mucho, podés explicarnos por qué?”

Y ante la respuesta del paciente, que solía ser que había comido en exceso por alguna situación que le provocaba mucha ansiedad, a veces laboral, otras debido a problemas familiares o a los denominados “nervios”, el Dr. AA le contestaba:

“Todos lo que me decís son excusas que usan los gordos”

“Acá no venís para que te tengamos pena..., al menos yo no te tengo lástima”

“Te sentís mal porque cuando uno está gordo es mas torpe y piensa menos”

Este tipo de intervenciones son características del Dr. AA, quien tiene un manejo del grupo basado en un estilo que, algunas veces, puede no ser muy bien recibido por los pacientes. En esos casos, se observó al paciente ruborizado, transpirando y hasta algunas veces llorando frente a todo el grupo sin poder contestar absolutamente nada.

Se observó que cuando el coordinador dice cosas como las mencionadas, es común que los pacientes respondan sintiéndose mal no solo emocional sino físicamente. Estas situaciones que quedaban demostradas desde la observación (transpiración o ruboración), son las que definen Yaryura Tobías y Neziroglu (2003) como parte de la sintomatología física que puede acompañar al proceso de estrés.

Otro tipo de diálogos realizados con diferentes pacientes fueron:

(C: Coordinador, P: Paciente)

P: No puedo dejar de pensar en comer y eso me pone nervioso porque sé que hoy me tengo que pesar y voy a haber aumentado.

C: Cuando te sentís así, tenés que llamar a algún compañero y salen a caminar juntos.

P: En las reuniones del trabajo siempre hay cosas ricas y que engordan. Eso me pone de muy mal humor y me enoja. A veces me cuesta volver a concentrarme en lo que tengo que hacer.

C: Ya sabés que la solución no es enojarse como un chico, sino llevar tu vianda con los alimentos permitidos.

P: Me siento que por culpa de la dieta estoy muy cansado, no puedo estudiar y tengo que dormir todo el día.

C: La culpa no es de la dieta, sino de tu gordura. Salí a caminar, o andá al gimnasio una hora y vas a ver que te sentís con mucha mas energía.

P: El médico me dijo que tenía alta la presión arterial, que eso es por estrés y yo creo que la dieta me hace peor.

C: Esa es tu excusa para no hacerla y es al revés: si hacés la dieta correctamente, vas a notar un descenso de la presión arterial.

P: A veces en el colectivo tengo que pedir que abran las ventanas porque me siento sofocado e incluso con ganas de vomitar. Me siento diferente al resto de las personas.

C: Sos diferente! Sos gordo!

Ante estas situaciones, se vive un clima de confrontación permanente, entre el paciente que está sufriendo y con signos físicos de estrés y el coordinador que conoce muy bien las excusas que los pacientes suelen usar para no seguir con la dieta y a partir de allí, hace sus intervenciones que suelen ser rígidas y tajantes.

Esta forma de encarar el tratamiento de la obesidad se basa en Vera y Fernández (1989), quienes proponen un tipo de modelo cognitivo-comportamental con el objetivo de que los pacientes, al ser confrontados con el problema, realicen lo que los autores denominan: auto observación. La intención es que puedan analizar e identificar las

variables ambientales que suelen funcionar como antecedentes de la respuesta emocional automática, que los lleva a la conducta de ingesta excesiva.

## **5.2 Describir las intervenciones realizadas por los coordinadores, frente a la relación que tienen los pacientes con la comida.**

Tal como se expresó en el punto anterior y pudo verificarse a lo largo de las sesiones presenciadas, la persona que está coordinando al grupo, interviene casi en forma permanente, dirigiéndose a casi todas las personas, ya sea como grupo o en forma individual. Estas intervenciones se basan en los hábitos alimentarios que tienen los pacientes, los cuales incluyen sus costumbres y actividades diarias y apuntan a señalar los beneficios tanto médicos como psicológicos de estar en el peso correspondiente.

Una ejemplificación de un diálogo con un paciente es:

(C: Coordinador, P: Paciente)

C: Por qué no fuiste a la clase de gimnasia?

P: Porque me dolían las piernas, además cuando estoy haciendo la clase me falta el aire.

C: Por qué no viniste al grupo de la mañana ?

P: Porque me quedé dormido. Últimamente me siento muy cansado.

C: Hiciste tus chequeos del mes?

P: No, porque tenía miedo de volver a tener alto el colesterol, ya que no bajé el peso indicado por el médico.

C: Estás controlándote la presión arterial? Cada cuánto?

P: Sí, me controlo todos los días y también tomo la medicación.

Detrás de estos diálogos subyacen una serie de complicaciones médicas debido a la relación que tienen las personas obesas con la comida. Ésta es mucho mas que el componente que se ingiere e involucra hábitos familiares adquiridos que no son sanos. Inclusive suele verse en los grupos a madres e hijos, ambos obesos, a quienes el Dr.

AA se dirige en forma directa explicándole a la madre que está formando a su hijo en un ambiente al que él denomina “inseguro”, desde el punto de vista de la salud.

Estos comentarios y las respuestas dadas por los pacientes están avalados por la teoría de Soca y Niño Peña (2009), quienes mencionan la obesidad como un importante factor de riesgo a contraer otras enfermedades, entre las que mencionan: las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial, la artrosis y enfermedades cardiovasculares.

Otros diálogos escuchados entre diferentes pacientes y una coordinadora fueron:

C: Ya bajaste 40 kilos, pero te veo siempre con ropa negra y vestida como con una “carpa”!

P: Si, es que yo siempre voy a tener que comprarme ropa de gorda. Nunca voy a poder ir a los mismos negocios que van otras chicas.

C: Cómo te fue en el casamiento de tu hermana?

P: Me quedé sentado toda la noche, porque no quería que me miren.

C: Cuál era el problema? Por qué te iban a mirar?

P: Y...yo sé que soy gordo y soy diferente a todos.

C: Cómo te fue en el crucero? Llevaste la balanza?

P: Sí la llevé y aumenté solo un kilo en los quince días.

C: Muy bien, entonces pudiste disfrutar tus vacaciones?

P: No, tanto. No pude meterme a la pileta ni una vez porque me daba vergüenza que me vean con traje de baño.

C: Ví en tu ficha que esta semana aumentaste de peso. Comiste tus viandas permitidas?

P: Sí y le agregué mayonesa al pollo porque estaba muy seco.

C: Y por qué hiciste eso? Lo hablaste con la Nutricionista?

P: No. Pensé que no me hacía nada

Al presenciar este tipo de diálogos, se pone de manifiesto la relación que el obeso tiene con su cuerpo, que perdura aún después de haber bajado una cantidad importante de

kilos. Inclusive cuando han alcanzado el peso deseado, se les dificulta verse y reconocerse en ese “cuerpo nuevo”, tanto como referirse a ellos mismos como personas flacas.

Esto se pone de manifiesto cuando los pacientes comentan al grupo que sienten que son el centro de todas las miradas y comentarios generalmente maliciosos o descalificadores, lo cual suele ocurrirles en situaciones como ser: ir a comer afuera, ir a comprarse ropa, desvestirse frente a otros (en un gimnasio o pileta), etc.

Por todo esto es común que los pacientes comentan ante el grupo, que se sienten poco atractivos, e incluso que se les dificulta encarar una relación afectiva o amorosa. También sienten que se los toma como personas con poca voluntad, desganados o poco laboriosos y a partir de ello es que suelen desarrollar baja autoestima (Yaryura Tobías y Neziroglu 2003).

Se verifica permanentemente en los diálogos comentarios como: “pensar que algo no engorda”, cuando se les repite muchas veces que no deben agregar cosas por su cuenta, a las viandas ya preparadas. Para trabajar en ello y como parte de la terapia cognitivo conductual, Vera y Fernández (1989) proponen realizar un auto-registro, el cual se complementa con la auto-observación mencionada en 5.1. De esta forma se les indica a los pacientes que deben anotar diariamente todo lo que comen y beben, como también la actividad física realizada.

Se intenta así modificar el auto engaño, de pensar que algo es bueno o malo y es la manera en que la que el sujeto arma esquemas con sus pensamientos y así forman estructuras cognitivas con las que se manejan.

Es por lo mencionado que muchas veces los coordinadores, en especial la Psicóloga, al terminar cada sesión hacen intervenciones que les sirven a los pacientes para tomar conciencia e intentar modificar su conducta en relación con la comida. Estas intervenciones se ajustan a la teoría de Vera y Fernández (1989), quienes proponen un tipo de modelo cognitivo-comportamental dirigidas a los pacientes obesos.

La recreación de estas intervenciones sería:

“El grupo es muy importante para ayudarnos entre todos”

“Pido un aplauso para todo el grupo que está haciendo un esfuerzo cada día”

“Mañana los espero a todos”

“Quiero verlos a todos en gimnasia y también en el taller de imagen corporal”

“¿Este grupo está decidido a que nos ayudemos entre todos?”

“Estar gordo es malo, por eso este grupo decide ser flaco!”

### **5.3 Describir las intervenciones realizadas por los coordinadores, frente a los obstáculos planteados por los pacientes, al no poder cumplir el programa de tratamiento.**

En las sesiones grupales se escuchan permanentemente los comentarios por parte de los pacientes al no poder cumplir con los objetivos propuestos por el tratamiento. Estos están casi siempre relacionados con los obstáculos que encuentran en su vínculo con la comida y los más frecuentes son:

- La escasez de tiempo para realizar las compras correspondientes a los productos necesarios para llevar adecuadamente adelante la dieta.
- La falta de conocimientos con respecto a qué comida comprar
- La poca motivación para hacer la dieta.
- La postergación de la realización de una actividad física o la no disponibilidad de tiempo y lugar para llevar a cabo la misma.
- El problema de sentirse diferente, al compararse con compañeros de trabajo, amigos o la propia familia.
- Las dificultades a las que se ven expuestos permanentemente, ya sea al comprar ropa, al buscar un trabajo o una pareja.
- El temor a no poder alcanzar el objetivo deseado.

Ante los mencionados comentarios, los coordinadores les proponen tener entrevistas con los Nutricionistas a fin de que les enseñen qué alimentos comprar, cómo calcular

las porciones y cómo prepararlos según su propio gusto. También se les propone a los pacientes, que compren las viandas ya preparadas, que se expenden en la confitería del Centro Médico.

De esta forma se le enseña a los pacientes, a través de la terapia cognitiva conductual (Vera & Fernández, 1989), la técnica de auto-observación, ya que es común que los pacientes obesos desconozcan su forma de ingerir automáticamente y en exceso, ciertos alimentos. La técnica también los lleva a poder identificar y registrar, en algunos casos por escrito, las variables fisiológicas que sienten como ser presencia o ausencia de hambre.

Coincidiendo con Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997), se busca la responsabilidad individual y el propio registro de cada paciente, al proponerles que manejen las tablas de calorías de los distintos alimentos y así puedan elaborar sus propios menús. Además y coincidiendo con las intervenciones hechas, los autores explicitan que los pacientes podrán hacer las variantes que sus gustos y necesidades requieran, a la vez que el involucrarse personalmente les quita la parte monótona y rutinaria que la comida hipocalórica presenta, el cual es uno de los motivos de pérdida de motivación y abandono de la dieta.

En cuanto a las dificultades por sentirse diferentes, el Dr. AA, les dice en sus intervenciones que “son diferentes ya que están enfermos, por ese motivo están en tratamiento” y que la única manera de sentirse iguales a las personas sin sobrepeso es “sacándose los kilos de encima”. El tema de los obesos de sentirse diferentes, ya se ha tratado en apartados anteriores y está comprendido en la teoría de Yaryura Tobías y Neziroglu (2003) como continuas muestras de discriminación hacia los obesos, por parte de la sociedad.

Ante los planteos mencionados por los pacientes, el Dr. AA les repite permanentemente que no deberían mencionar obstáculos, ya que éstos son excusas para no asumir su situación y que si ese es el camino que eligen, les sería más fácil abandonar el tratamiento. A la vez les recuerda que están trabajando en forma individual, grupal y con la ayuda profesional, para poder recuperar en un plazo lógico, el peso e imagen que desean y que además sea saludable desde el punto de vista

médico. Para ello se les aconseja no solo seguir yendo a los grupos, sino también comenzar con un tratamiento terapéutico individual, basado en la terapia cognitiva, para poder construir otra realidad. Esto coincide con lo mencionado en el apartado 5.2 y con Rodríguez Biglieri y Vetere (2011), en que a través de la terapia cognitiva, se construye otra mirada que tiene como objetivo realinear los pensamientos que son desadaptativos en la vida de la persona.

El Dr. AA alienta a los pacientes al decirles que la obesidad puede revertirse y un plazo acorde a las necesidades individuales, siempre que se siga la dieta correctamente. Para ello, como se ha dicho, la terapia cognitiva es la mejor opción, al estar enmarcada en un límite de tiempo, poder enfocarse en el problema y porque está dirigida a modificar el procesamiento de la información, de modo estable. La Psicóloga agrega que es imprescindible que el terapeuta y el paciente interactúen para identificar las cogniciones que suelen estar distorsionadas.

## **6. Conclusiones**

Como una forma de finalización del presente trabajo basado en las horas de práctica realizadas en el Centro Médico Dr. AA, y en forma conjunta con la lectura teórica que sustenta el método de abordaje terapéutico allí aplicado, se puede concluir en que se han cumplido las expectativas con las que la autora contaba al elegir la temática y la mencionada institución.

A lo largo de las horas transcurridas en el Centro Médico, se ha participado en forma de observador no participante de los grupos de descenso de peso de pacientes obesos, coordinados en forma indistinta por una o dos Psicólogas, una Nutricionista y un Psiquiatra.

El enfoque teórico en el que se basan los terapeutas es el Cognitivo Conductual, el cual se evidencia en todas las intervenciones realizadas por los profesionales, en las sesiones. Éstas, las intervenciones, fueron el tema elegido para el presente trabajo por ser la herramienta básica utilizada en este tipo de abordaje terapéutico.

Los objetivos planteados tienen que ver con la descripción de las intervenciones realizadas por los coordinadores, frente a las situaciones estresantes, la relación con la

comida y los obstáculos planteados por los pacientes en los grupos de descenso. Se pudo verificar la importancia del aporte hecho por cada uno de los coordinadores y la sinergia de estos en el trabajo grupal. Si bien cada coordinador tiene su mirada, más aún cuando la misma proviene de una disciplina científica diferente, todos conocen a la perfección el manejo del grupo y logran una importante empatía con los pacientes. Es de destacar que no siempre las intervenciones son lo que el paciente desea escuchar, ya que la temática de la obesidad lleva a que muchas veces se los censure, no se les permita hacer o decir determinadas cosas (como nombrar alimentos mientras se encuentran en la sesión grupal) y aún así, el clima es muy agradable y se finalizan las sesiones con un aplauso común.

Es destacable la figura del Director del Centro Médico, Dr. AA, quien no solo tiene un muy buen manejo del grupo, sino que demuestra conocer en profundidad la historia tanto clínica como personal, de la mayoría de los pacientes. En especial de los que llevan años concurriendo a la Institución. Como Médico Psiquiatra especializado en Trastornos de la Alimentación, cuenta con una mirada amplia de manera de poder aportar los conocimientos necesarios para explicarles a los pacientes cómo son los cambios tanto físicos como psicológicos que se irán sucediendo a lo largo del tratamiento.

Cabe destacarse que para quien asiste por primera vez a un encuentro grupal coordinado por el Dr. AA, puede sentir que sus intervenciones en algunas oportunidades podrían considerarse algo hirientes, ya que hasta provocan llanto en algún paciente, a pesar de lo cual, es él quien muestra mejor manejo y ascendencia por sobre los grupos y los pacientes en forma particular. Esta observación es hecha no solo por la autora del presente trabajo, sino también por los participantes de los grupos. A lo largo de las horas transcurridas, con los diferentes grupos y de acuerdo a las variadas intervenciones hechas por cada profesional, se puede notar el abordaje desde la terapia Cognitivo Conductual. Los profesionales trabajan con las ideas distorsionadas y los esquemas que forman las estructuras cognitivas de los pacientes, tratando de modificarlas. El principal objetivo es el que Vera y Fernández (1989) proponen para el tratamiento de la obesidad, que es el referido a alcanzar el autocontrol. Las diferentes intervenciones proporcionan al paciente obeso,

herramientas tanto cognitivas, afectivas como conductuales, para que pueda modificar la conducta que los lleva a comer en exceso.

Al realizar el presente trabajo se han encontrado ciertas limitaciones en la búsqueda bibliográfica en idioma español y sí mucho material sin el sustento científico que el presente trabajo requiere. Otra limitación se encuentra en la reiteración del material, en especial en la búsqueda por obtener una definición actual de la obesidad.

Por último y en cuanto a la experiencia personal que tuvo la autora del presente trabajo, el poder tener acceso a lo largo de unos meses a un Centro Médico que es tomado como referencia no solo en el país sino también en el exterior y a un tipo de tratamiento como el observado, es sumamente enriquecedor por haber podido observar la forma de trabajo en una terapia de grupo con pacientes que sufren la misma patología, pero abordada desde diferentes disciplinas.

Como propuesta, desde el lugar de las relaciones institucionales del Centro Médico, sugeriría que hicieran un seguimiento de los pacientes que abandonan el tratamiento y el por qué de dicha actitud.

Es de destacar que se ha recibido un excelente trato por parte tanto de los coordinadores como de los pacientes y en especial del Director del Centro Médico que brindó su tiempo y conocimientos, dejando abierta la puerta para aquello que uno pudiera necesitar tanto de él, como de la Institución.

## 7. Referencias bibliográficas

Ayela Pastor, M.R. (2009). *Obesidad: Problemas y soluciones*. Madrid: Club Universitario

Basilio, E., Monereo, S. & Álvarez, J. (2000). *Obesidad: la epidemia del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.

Beck, A. & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Trastornos alimentarios*. Periniá (ED.), Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill.

Bulacio, J. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Akadia

Bustamante, F., Williams, C., Vega, E. & Prieto, B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 58(6), 481-485.

Carrasco Henríquez, Noelia. (2007). Desarrollos de la antropología de la alimentación en América Latina: hacia el estudio de los problemas alimentarios contemporáneos. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 15(30), 80-101. Recuperado en 26 de abril de 2015, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-45572007000200003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572007000200003&lng=es&tlng=es) . .

Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica

Carrasco, F., Klaassen, J., Papapietro, K., Reyes, E., Rodríguez, L., Csendes, A. & Sepúlveda, A. (2005). Propuesta y fundamentos para una norma de manejo

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.

Cormillot, A. (2008). *Cómo adelgazar y mantenerse con el Dr. Cormillot*. Buenos Aires: Piadós

Cuevas M, Ada, & Reyes S, María Soledad. (2005). Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad: ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? *Revista médica de Chile*, 133(6), 713-722.

Elli, Fernando; Horgan, Santiago; Ferrain, Pedro (2006). Cirugías Bariátricas: Obesidad mórbida: opciones terapéuticas. En: Encrucijadas, no. 37. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires

Forga, L.; Petrina, E. y Barberia, J. (2002). *Complicaciones de la obesidad*. En: Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 25 (1): 117-126, 32 ref.

Gorrita Perez, R.; Barcenas Bellot, Y.; Gorrita Perez, Y y Brito Herrera, B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*. Recuperado 2014, vol.86, n.2 [citado 2015-04-07], pp. 0-0.

**Gortmaker, S.; Must, A.; Perrin, J.; Sobol, A. & Dietz, W. (1994) *Social and economic consequences of overweight in adolescence*. The New England Journal of Medicine; 330:647.**

Gurruchaga, A. M. (1997). Consecuencias patológicas de la obesidad: hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia. *Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile*, 26(1), 18-2.

Keegan, E. (2008). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba

- Labrador, J; Cruzado, J. & Muñoz, M. (2000). *Manual de técnicas de modificación y terapias de conducta*. Madrid: Pirámide
- Lamberto, M , Pizarro, V., Mateuci V. & Cheliz, E. (2008). Terapia cognitiva y trastornos alimentarios. En S. Baringoltz y R. Levy (Eds.). *Terapia cognitiva: del dicho al hecho*. Buenos Aires: Polemos
- Lazarus, A., Folkman, S. (1985). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Locher, J., Yoels, W., Maurer, D. & Ells, J. (2005). Comfort Foods: An exploratory journey into the social and emotional significance of food.
- Mahoney J. Control de peso: una solución total al problema de las dietas. México: Trillas, 1985.
- Mahoney, M. y Mahoney, K. (1999). *Control permanente de peso*. México: Pegaso
- Martínez, B. P. R., Rodríguez, G. A. R., Cordero, R. Á., González, F. A. C., Wiella, G. R., Millán, J. P. P., ... & Ochoa, K. R. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147.
- Mestas Hernández, Lilia, Gordillo León, Fernando, Arana Martínez, José M., & Salvador Cruz, Judith. (2012). Síntesis y nuevas aportaciones para el estudio de la obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(2), 99-105. Recuperado en 17 de mayo de 2015, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232012000200003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232012000200003&lng=es&tlng=es) .
- Moreno, E. Monereo, M. & Álvarez Hernández, J. (2000). *Obesidad: La epidemia del siglo XXI*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos
- Ondarza, R. (2012). *La epigenética, la otra cara de la genética*. Mensaje Bioquímico, Vol. XXXVI, 200-211, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Organización Mundial de la Salud (2015). *Obesidad y sobrepeso*

Pasca, Antonio J; Montero, Julio C y Pasca, Laura A. Paradoja de la obesidad. (2012) Disponible en:<[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-38622012000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622012000200004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1852-3862.

Pompa Guajardo, E., & Montoya Flores, B. I. (2011). Evaluación de la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano. *Psicología y Salud*, 21(1), 119.

Ramadori, G.; Konstantinidou, G.; Venkateswaran, N.; Biscotti, T.; Morlock, L.; Galié, M. & Coppari, R. (2015). Diet-Induced Unresolved ER Stress Hinders KRAS-Driven LungTumorigenesis. *CellMetabolism*, 21(1),117–125. doi:10.1016/j.cmet.2014.11.020

Ravenna, M. (2010). *En un abrir y cerrar de boca*. Buenos Aires: Ediciones B

Ravenna, M. (2006a). *La Telaraña adictiva*. Buenos Aires: Zeta Bolsillo.

Ravenna, M. (2006b). *Una delgada línea... entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna

Ravenna, M. (2007). *La medida que adelgaza*. Buenos Aires: Vergara

Resnick, H.; Foster G; Bardsley J; Ratner R. Achievement of American Diabetes Association clinical practice recommendations among U.S. adults with diabetes, 1999-2002: the National Health and Nutrition Examination Survey.

Rodríguez Biglieri, R & Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos

Saldaña García, Carmina; Isabel Tomás. "Importancia de la alimentación en la obesidad." *Anuario de psicología / The UB Journal of psychology* [en línea], 1999, Vol. 30, Núm. 2, p. 117-130. <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61421> [Consulta: 26-04-15]

Selye, H. (1956). *El estrés de la vida*. New York: Mc Graw-Hill

- Sierra, Juan Carlos, Ortega, Virgilio, & Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Soca, M. & Niño Peña, A. Consecuencias de la obesidad. *ACIMED* [online]. 2009, vol.20, n.4 [citado 2015-03-24], pp. 84-92.
- Souza da Silva, R. & Tokio Kawahara, N. (2005). *Cuidados pre y post operatorios en la Cirugía de Obesidad*. San Pablo: AGE
- Toro J. (2006). Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En J. Mancilla Díaz y G. Gómez Pérez–Mitre (Eds.). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: Manual Moderno
- Vásquez, G. (2006). *Neurociencia*. Buenos Aires: Polemos
- Vázquez Velásquez, V., López Alvarenga, J. (2001) Psicología de la obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9 (2),91-97
- Vera, M. & Fernández, M. (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Yaryura Tobías J. & Neziroglu, F. (2003). *Obsesiones Corporales*. Buenos Aires: Polemos.



**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

**INTERVENCIONES EN GRUPOS DE PACIENTES CON OBESIDAD**

AUTORA: MARCELA ALICIA ROZENWASSER (17639)

TUTORA: LIC. CLAUDIA GARBER

JUNIO DE 2015