

Profesionales Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Eficacia percibida y las dificultades para lograr una mayor eficacia en opinión de profesionales y pacientes en una terapia cognitivo conductual para el descenso de peso

Autor: Bonanno Paolo

Tutora: Claudia Garber Barg

02/10/2017

INDICE

1. Introducción	3
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos Específicos	3
3. Marco Teórico	4
3.1 Definiciones clínicas de la obesidad	4
3.1.1 factores predisponentes	6
3.1.2 diagnóstico de obesidad	7
3.2 Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad	9
3.3 La terapia grupal en el tratamiento contra la obesidad	12
3.4 El método Ravenna de descenso de peso	13
3.5 Eficacia del tratamiento cognitivo conductual de la obesidad	15
4. Metodología	20
4.1 Tipo de estudio y diseño	20
4.2 Participantes	20
4.3 Instrumento	20
4.4 Procedimientos	20
5. Desarrollo	21
5.1 presentación de la institución	21
5.2 Criterios de eficacia terapéutica según los profesionales	23
5.3 Eficacia percibida por los pacientes en el descenso de peso	26
5.4 Dificultades de eficacia en el tratamiento según profesionales y pacientes	28
5.4.1 Mantenimiento del peso a largo plazo	32
6. Conclusiones	33
6.1 Resumen del desarrollo	33
6.2 Limitaciones	34
6.3 Perspectiva crítica	35
6.4 Aporte personal	36
7. Referencias bibliográficas	37

1. Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial caracterizada por un aumento de la masa grasa y su consecuencia por un aumento de peso. Para el descenso y mantenimiento del peso alcanzado es importante la introducción de cambios en el estilo de vida, haciendo que cambios moderados de peso resulten significativamente favorables. El primer paso para iniciar el tratamiento es la evaluación del paciente a través de la cual se establecerá el grado de obesidad y el nivel de riesgo a fin de delinear el tratamiento adecuado. La multicausalidad de la patología implica que su tratamiento debe ser personalizado y adaptado a las características y comorbilidades de cada paciente, el abordaje no es fácil ya que según la bibliografía entre el 65 y 80% de los pacientes abandonan su programa dieteticoterapéutico antes del cumplimiento de la meta establecida en términos de disminución y mantenimiento del peso logrado.

Este Trabajo Final Integrador TFI se centra en la observación de las intervenciones realizadas por psicólogos de una clínica de descenso de peso ante las situaciones estresantes y los varios planteos realizados por los pacientes que concurren a las sesiones grupales a lo largo de las 280 horas de duración de la práctica. Se observó de manera particular el éxito de la intervención en el abordaje del paciente obeso en forma interdisciplinaria con un enfoque cognitivo conductual. Se presta especial atención al análisis de la eficacia del tratamiento y las dificultades percibidas por los pacientes.

2. Objetivos

2.2 Objetivo general: Analizar la eficacia terapéutica percibida y las dificultades para lograr una mayor eficacia en opinión de profesionales y pacientes en una terapia cognitivo conductual para el descenso de peso

2.3 Objetivos específicos

1. Describir los criterios de eficacia terapéutica utilizados en un centro de tratamiento para el descenso de peso y la eficacia percibida por los profesionales de la institución;
2. Analizar la eficacia percibida por los pacientes de un centro de tratamiento para el descenso de peso;

3. Analizar las dificultades que se presentan para lograr una mayor eficacia en el tratamiento desde la perspectiva de los profesionales y de los pacientes.

3. Marco Teórico

3.1 Definiciones clínicas de la obesidad

Según datos arrojados por la nota descriptiva n°311 de la Organización Mundial de la Salud OMS correspondiente a junio de 2016, en el 2014 más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales más de 600 millones eran obesos. En 2014, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.

En 2014, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. Entre 1980 y 2014, la prevalencia mundial de la obesidad se ha más que duplicado. Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban antes un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En África, el número de niños con sobrepeso u obesidad prácticamente se duplicó: de 5,4 millones en 1990 a 10,6 millones en 2014. En Asia vivían en ese mismo año cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad.

Los datos sobre el incremento del sobrepeso y la obesidad en Argentina son confirmados por el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) que, en junio de 2017 en el artículo Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years publicado en the New England Journal of Medicine, confirmó que en Argentina el 23,1% de los adultos y el 6,3% de los niños son obesos. Estos nuevos datos también están algo por encima de los números nacionales del período 2012-2013, que son los últimos disponibles: el 20,8% de los adultos y el 6,1% de los niños y adolescentes eran obesos, mientras que un 57,9% de los mayores de 18 y el 33,9 de los menores de entre 11 y 17 años tenían sobrepeso. Ahora, alrededor de 6,5 millones de adultos y 780.000 niños y adolescentes son obesos en el país. El artículo está en línea con los datos de la OMS mencionados al principio, que documentan una “crisis de salud pública creciente e inquietante” sobre todo por el

aumento del sobrepeso en países en vías de desarrollo haciendo que se falle en el objetivo de detener la epidemia mundial de obesidad propuesto por la OMS para el 2013 (Di Todaro, 2017).

La obesidad se define como una enfermedad crónica multifactorial que se desarrolla por la interacción del genotipo y el ambiente, intervienen factores bio-físico, psíquicos, conductuales, culturales y socioeconómicos, que juegan un papel significativo en la etiología de la obesidad. El aumento de la prevalencia de la obesidad se asocia con un incremento de los procesos mórbidos crónicos que se manifiestan cuando el exceso de peso supera a los 40 kilos (Cormillot, 2015), tales como una disminución de la calidad de vida del individuo, un empeoramiento de la calidad laboral y un aumento de factores de riesgo cardiovascular, lo que conlleva a un incremento importante de los costos asistenciales (Marcos Placencia, Rodríguez Marcos, Pérez Santana, 2009).

Cormillot (2015) describe a la obesidad como una enfermedad que se caracteriza por la excesiva acumulación de grasa en el cuerpo, aunque durante años sólo fue considerada principalmente como un problema estético. Sin embargo, debido a su asociación a enfermedades como la diabetes tipo 2, enfermedades cardíacas y cáncer entre otras, hoy es reconocida como el factor que más contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas, lo que lleva a mayores índices de mortalidad. Según Kaplan (2009) se trata de una enfermedad compleja, resultado de combinaciones de causas genéticas, abundante ingesta de alimentos de alto contenido calórico y la baja actividad física que conlleva la vida moderna.

En los últimos 30 años, la obesidad se convirtió en el trastorno de alimentación de mayor prevalencia en el mundo. Además del aumento de peso resultado de la acumulación de grasa corporal, el tejido adiposo también produce las moléculas llamadas adipocinas que pueden contribuir al aumento del riesgo de desarrollar enfermedades como la diabetes y la enfermedad cardíaca coronaria. Esto determina que el tratamiento adecuado de la obesidad y principalmente su prevención constituyan uno de los principales desafíos que enfrenta la salud pública en la actualidad. (Vilallonga, Repetti & Delfante, 2008).

Cormillot (2015) afirma que el aumento cuantitativo del tejido adiposo se debe a un desequilibrio entre la incorporación y la utilización de la energía contenida en los alimentos. El incremento de la ingesta de energía respecto de los niveles habituales, la disminución de la actividad física o ambas, producen un balance de energía positivo en el que las calorías incorporadas a través de los alimentos superan a las que se gastan con el movimiento. En circunstancias normales el balance de

energía oscila diariamente sin cambios duraderos en el peso debido a la acción de múltiples mecanismos fisiológicos. Pero cuando el desbalance de energía se mantiene durante un tiempo prolongado, el desequilibrio puede volverse permanente ya que el organismo pone en marcha acciones que tienden a establecerse en el nuevo peso, haciendo difícil una reducción duradera. La tendencia a la obesidad es una condición permanente: se mantiene aunque la persona que aumenta de peso haya podido bajar de peso y sostenerlo.

La obesidad no está clasificada como trastorno psiquiátrico en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM 5), a diferencia de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE-10) de la OMS. En el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento figura el cuadro de “hiperfagia en otras alteraciones psicológicas” (F50.4), donde se incluye la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes que darían lugar a la denominada obesidad reactiva, como ser duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionales estresantes. El CIE 10 aclara que la obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales o exagerar la valoración subjetiva de las dimensiones corporales. También se diferencia a la obesidad reactiva de la obesidad inducida por causas externas como los fármacos (Rovira, 2006).

3.1.1 Factores predisponentes

Moreno, Monereo y Álvarez Hernández (2000) hacen hincapié en un conjunto de factores genéticos, ambientales, en el tipo de alimentación, en la calidad de vida, en el ejercicio y en alteraciones metabólicas. Consideran que la obesidad es una enfermedad compleja, multicausal, polideterminada, en la que interactúan diversos factores. De esta manera involucra a un grupo de síndromes que no guardan una relación estricta con la ingesta en exceso, aunque consideran que pueda existir una tendencia hacia los alimentos compuestos por grasas o azúcares de rápida digestibilidad. Cormillot (2005) asegura que se trata de una enfermedad biológica que tiende a la cronicidad y a las recaídas, y que su manejo debe pasar especialmente por lo psicológico ya que lo que se procura es un cambio de la conducta y que como ocurre con la mayoría de las adicciones, es recuperable únicamente a través del tratamiento de la gente que la padece.

Tomando la obesidad desde el punto de vista psicológico, Vázquez Velásquez y López Alvarenga (2001), mencionan teorías consideradas válidas durante muchos años, basadas en los problemas de obesidad de los obesos, los cuales son aliviados mediante la ingesta de comida. Además se consideraba que dichas sobreingestas eran una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso para reducir la ansiedad. Ravenna (2007) combina los dos aspectos y la considera 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, considera que el aumento de grasa corporal es tomado como el principal síntoma de la enfermedad.

Ravenna (2006) define la personalidad adictiva como la personalidad que no solo tiene necesidades fisicoquímicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo. La enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados: 1) el objeto o droga, según el cual la comida es tóxica porque si es ingerida en exceso abandona su función, abandona la función específica de nutrición, alimentación y placer para transformarse en un acceso a la enfermedad física y psíquica, la adicción a la comida está dada por la cantidad que se ingiere de ciertos alimentos que generan esta particular dependencia; 2) la persona, una de las características fundamentales de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta ni con su cuerpo ni con su comportamiento, ya que actúa en forma demandante e invasora y a la vez se deja invadir; 3) la familia, porque determina que una persona se convierta en vulnerable frente a la adicción es fundamentalmente el clima familiar y la manera en que se relacionan unos con otros; 4) los factores socioculturales, la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño. La sobreestimulación y la oferta alimentaria hacen más vulnerable a la persona. La obesidad no es una enfermedad adictiva, pero el comer si lo es, y la obesidad es su consecuencia.

3.1.2 Diagnóstico de obesidad

El primer diagnóstico de la obesidad (Barbany, Foz, 2002) se remonta a la publicación de una curva antropométrica de distribución de la población belga elaborada por Quételet en 1835. El índice de referencia de esa curva es conocido hoy en día como el IMC (Índice de Masa Corporal), resultado de la división del peso de una persona por el cuadrado de su altura. Según la OMS (2006) el IMC establece la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad en adultos, la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta, siendo una guía

aproximativa, dado que puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos. Define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Otra forma de medir la distribución de la grasa es el Índice de Cintura Cadera (ICC), que se obtiene dividiendo el valor de la circunferencia de la cintura por el de la cadera, los valores máximos de normalidad establecidos por este índice son de 0,80 en mujeres y de 0,90 en varones, ya que un ICC mayor a 1 en varones y mayor de 0,85 en mujeres, aumenta sustancialmente el riesgo de complicaciones, aún cuando el IMC es normal (Cormillot, 2004).

En el año 2009, en Argentina se sancionó la ley de obesidad. Esta ley aprobada por el Senado argentino considera la obesidad como una enfermedad y contempla su tratamiento en el sistema nacional de salud y las sociedades médicas. Esto implica que el sistema nacional de salud y las sociedades médicas deberán atenderla, incluyendo los tratamientos nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos y farmacológicos. El Instituto Argentino de Alimentos y Nutrición (IAAN) estableció la necesidad de distinguir subgrados de obesidad severa (Cormillot, 2014), ya que los riesgos de complicaciones aumentan con el peso, estableciendo diferencias significativas entre los distintos rangos de IMC. Por esta razón el IAAN propuso una clasificación alternativa a la de la OMS que se detalla en la tabla 1:

Clasificación de obesidad en relación al peso, IMC y riesgos para la salud

Denominación	IMC	Sobrepeso en kg.	Riesgo de complicación
BAJO PESO			
Bajo peso – rango normal	< 18.5	---	Leve a severo
NORMAL			
Normal	18.5 – 24.9	---	Bajo
OBESIDAD			
Obesidad I	25 a 29.9	1 a 15	Promedio
Obesidad II	30 a 34.9	15 a 35	Moderado
HIPEROBESIDAD – OBESIDAD MORBIDA			
Obesidad III	35 a 39.9	35 a 50	Severo
Obesidad IV	40 a 49.9	50 a 80	Muy severo
SUPEROBESIDAD – OBESIDAD MORBIDA			
Obesidad V	50 a 64.9	80 a 110	Muy severo
Obesidad VI	65 a 79.9	110 a 150	Muy severo
Obesidad VII	80 a 99.9	150 a 200	Muy severo
Obesidad VIII	100 ó más	+ de 200	Muy severo

Tabla 1. Clasificación de obesidad en relación al peso, IMC y riesgos para la salud. (Cormillot, 2014)

3.2 Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad

El objetivo principal de un tratamiento debe ser la reducción y el mantenimiento de peso alcanzado en un período prolongado, pero antes de iniciar cualquier tipo de intervención es necesario evaluar la motivación del paciente, la historia alimentaria, los intentos de pérdida de peso previos, la situación social y laboral, nivel económico, como la existencia o no de riesgo cardiovascular. También hay que indagar sobre el nivel de actividad física realizada, como elemento complementario para las acciones de corrección de estilos de vida. Alcanzar estos resultados es responsabilidad conjunta del paciente y del profesional de la salud. Cualquiera que sea el valor del programa, sólo el paciente puede ponerlo en práctica y el profesional de la salud es el más indicado para transmitir información y todo tipo de influencias positivas, así como el apoyo necesario en caso de períodos de estancamiento, recaída o variaciones cíclicas del peso. (Marcos Placencia, L. M., Rodríguez Marcos, L., Pérez Santana, M. B. 2009)

Denia Lafuente (2011) afirma que muchos pacientes acuden a consulta con la idea que la obesidad se solucione siguiendo una dieta, sin considerar otras áreas de su vida, pero la combinación de dieta, ejercicio y terapia de conducta es más eficaz que los componentes individuales aislados para lograr pérdida de peso sostenida. Pese a eso aún no se consigue una disminución de las tasas de obesidad y sobrepeso, aunque son incontables los intentos por definir estrategias terapéuticas. (Marcos Placencia et al, 2009)

El tratamiento no se puede abordar con soluciones aisladas sino que debe formar parte de un programa multidisciplinario. Todos esos hechos ponen en evidencia que los métodos de adelgazamiento aislados generalmente son ineficaces a largo plazo. Por eso se hace imprescindible la implicación de diferentes disciplinas y la cooperación de varios profesionales como médicos, nutricionistas y psicólogos entre otros (Denia Lafuente, 2011).

Cormillot (2008) afirma que actualmente la obesidad no tiene una cura definitiva. El tratamiento busca reducir el peso y mantenerlo a largo plazo en niveles considerados saludables. Para ello apunta a modificar los hábitos de estilo de vida como la alimentación y la actividad física. Un programa para perder peso puede incluir consultas con médicos especialistas, consultas nutricionales, asesoramiento para el cambio de conductas, comidas dietéticas o productos sustitutos de alimentos, talleres educativos, terapia psicológica, medicamentos (para personas con un IMC superior a 27) e incluso intervenciones bariátricas como balón, banda o bypass gástricos (para personas con un IMC superior a 35 ó 40).

Los individuos con exceso de peso se benefician con la introducción de cambios en el estilo de vida, particularmente en la alimentación y en la actividad física aun en cambios moderados de peso que resultan significativamente favorables. El primer paso para iniciar el tratamiento es la evaluación del paciente a través del cual se establecerá el grado de obesidad y el nivel de riesgo que permitirá luego instaurar el tratamiento adecuado. (Vilallonga, Repetti, & Delfante, 2008)

Braguinsky (1997) afirma que para su tratamiento es fundamental que el paciente incorpore patrones conductuales cuidando reducir la ingesta de calorías, grasas y azúcares concentrados y a ser físicamente activo. Explica que si no se produce un cambio personal, no hay posibilidades de éxito terapéutico. Si se logra un descenso es probable que en el corto, mediano o largo plazo se vuelva a su peso inicial, por ello el tratamiento debe orientarse a enfatizar sus efectos sobre la salud y el bienestar del paciente, poniendo atención en la motivación y el aprendizaje. Cuando la motivación decae, el paciente debe hacer uso de las nuevas técnicas conductuales.

En cuanto a las psicoterapias empleadas, Rovira (2006) destaca las individuales con un encuadre teórico psicodinámico, para modificar fallas puntuales en la estructura de la personalidad, que son las que lo llevan a recurrir a la descarga oral para compensar las ansiedades. También menciona las terapias con encuadres de tipo conductual, que buscan alcanzar modificaciones en los patrones de conducta relacionados con la ingesta.

Para Facchini (1999) la terapia cognitiva conductual es un abordaje basado en el modelo original de la depresión y el estrés que promueve el cambio de conductas, independientemente de su origen y desarrolla varias estrategias de afrontamiento. Es una terapia estructurada y limitada en el tiempo, que aborda las relaciones entre los pensamientos, afectos y comportamientos, sobre la premisa de que la estructura cognitiva precede al sentimiento y a la acción. Sostiene que es importante establecer una alianza terapéutica en la que el profesional sea capaz de brindar apoyo con una actitud no enjuiciadora, poniendo cuidado en no reforzar la culpa y la sensación de fracaso que posee el paciente obeso. Destaca la importancia de entrenarlo para adquirir un rol activo en una relación de respeto y confianza mutua, plantea que los recursos técnicos para abordar la problemática del paciente en el marco de la interdisciplina son múltiples y variados y van desde lo más propio del médico o nutricionista hasta lo más específico del psicólogo o psiquiatra.

La Terapia Cognitivo Conductual TCC toma como eje la conducta del paciente y se trabaja primero sobre el síntoma, y una vez que el paciente logra hacer la dieta perfecta, se pasa a indagar con mayor lucidez mental en las causas profundas del desborde con la comida; luego se trabaja sobre las conductas de base que sostienen esta enfermedad; el descontrol, el autoengaño, la falta de límites y

la dependencia. La orientación de un tratamiento terapéutico no depende solo del marco teórico del terapeuta y de sus herramientas sino de su confluencia con el estilo del paciente, es necesario aclarar que el éxito dependerá de la permeabilidad para incorporar nuevas estrategias. Para desentrañar el mecanismo adictivo se basa en la terapia cognitiva conductual con el objetivo de desarticular las creencias erróneas del paciente al mismo tiempo que se le facilitan herramientas conductuales para el cambio. Es necesario modificar la conceptualización individualizada de los sistemas de creencias de cada paciente y las habilidades de afrontamiento a largo plazo para manejar las preocupaciones cotidianas, así como tratar los impulsos, las conductas compulsivas, se complementan con las reuniones de grupos periódicos (Beck & Wright, 1999).

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

Algunas técnicas cognitivas utilizadas, pueden ser, ayudar al paciente a etiquetar la distorsión, examinar la evidencia a favor y en contra de sus suposiciones, cuestionar las afirmaciones absolutas utilizando la interrogación gradual, evaluar las probabilidades de los resultados y examinar otras posibles explicaciones o atribuciones para los sucesos. Los cambios en estos pensamientos conducen a cambios en los sentimientos y en la conducta (Beck & Wright, 1999). La terapia cognitiva conductual es una estrategia, una herramienta aplicable a cualquier tratamiento que implique cambio de conducta y comportamiento. No es un abordaje exclusivo para una afección en particular, sino una forma de hacer frente a una problemática como la obesidad o el sobrepeso que requiere una intervención a largo plazo y en la cual el estilo de vida es un punto importante (Montero, 1997).

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

estrategias: 1) automonitoreo, según el cual el paciente debe registrar sus hábitos y tener noción sobre su alimentación diaria a fin de conocer y detectar sus situaciones críticas; 2) el control de estímulos, que tiene que ver con el manejo de las situaciones ambientales que se relacionan a la sobrealimentación y la baja actividad física; 3) la reestructuración cognitiva: entendida como la modificación de pensamientos, creencias y necesidades que surgen desde el interior de cada uno; 4) el manejo del estrés: es un aspecto fundamental para reducir la ansiedad; 5) el apoyo social, que se obtiene de la interacción con otros pacientes.

3.3 La terapia grupal en el tratamiento contra la obesidad

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

Beck (2000) afirma que la terapia grupal es fundamental para que los pacientes mantengan la constancia y fortalezcan la voluntad. Destaca que el sentirse acompañado en el tratamiento de la obesidad es importante para obtener resultados concretos, casi inmediatos, a diferencia de lo que significa hacer la dieta por cuenta propia sin asistir al grupo. Explica que los grupos suelen ser tan efectivos en la mayoría de las personas porque funcionan en distintos aspectos psíquicos. En estos, hay espejo, reflexión, comparación, competencia, dinamismo, conceptos claros y filosofía de vida. Los grupos terapéuticos no buscan una terapia emocional sino que las emociones se ubiquen en el lugar que les corresponde. Se trata, principalmente, de deshacer el vínculo que no se desliga del exceso, compartiendo este proceso con otras personas que están en la misma situación. Según el autor, los efectos de la terapia cognitiva son fruto de las intervenciones diseñadas para identificar, comprobar en la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y los esquemas disfuncionales.

Yalom (2000) sostiene que el cambio terapéutico es un proceso complejo que sucede a través de un complejo intercambio de experiencias humanas, a las cuales se refiere como factores terapéuticos. Destaca que la terapia de grupo no solo se diseña partiendo de una mejora general de los efectos

positivos de las expectativas del paciente, sino que también se beneficia de la fuente de esperanza que es inherente únicamente a la modalidad de grupo. Los grupos terapéuticos contienen individuos que están en diferentes puntos de un continuo para hacer frente al fracaso. De este modo, cada miembro tiene un contacto con otros que mejoraron como efecto del tratamiento y el hecho de observar esta mejora, refuerza las conductas positivas, infunde y mantiene la esperanza.

3.4 El método Ravenna de descenso de peso

Lo característico de este método es el rápido descenso de peso. En el proceso de adelgazamiento se trabaja con dos aspectos fundamentales: el conductual y el nutricional. Se sostiene que lo importante es adelgazar para cambiar los hábitos y no cambiar los hábitos para adelgazar. A medida que se desciende de peso, los hábitos se van modificando gracias al estímulo que representa verse bien. En el tratamiento de obesidad, se está tratando con un problema de conducta, una adicción o tendencia al exceso de comida, y si éste aspecto no se resuelve, la reincidencia en el engorde es inevitable. Lo visible, el síntoma, es el cuerpo que habla desde su voluptuosidad, pero hay que ir más allá apuntando a las conductas que llevan al exceso y al cuerpo desmedido. Para empezar una dieta la persona obesa o con sobrepeso debe disponerse a recibir ayuda para limitar su desborde. Esta debe ser su posición y su compromiso: el dejarse ayudar y confiar. Es prioritario ofrecerle al paciente un sistema coherente y contenedor, pero que lo confronte con su debilidad. La confrontación tiene el objetivo de desarticular las defensas así como de cambiar las creencias acerca de su problema, ir desde una orientación externa (el control está fuera del paciente) hacia una orientación interna (el paciente es responsable del exceso de comida y de su recuperación). (Ravenna, 2006)

Para lograr el mantenimiento del peso obtenido a largo plazo Ravenna (2007) propone un método terapéutico para el tratamiento nutricional, médico y terapéutico acompañado con actividad física adaptada. Fundamentado en tres pilares nutricionales conceptuales y conductuales basados en el concepto de corte inmediato con los excesos para poder reconocer el malestar, la medida en la porción, el cuerpo y la ropa, para poder tener equilibrio y sobriedad y, distancia entre las comidas y con la comida para lograr objetividad y lucidez. Se les indica a los pacientes una dieta personalizada de muy bajas calorías, que tiene la característica de introducir al paciente en un estado llamado acidosis que le posibilita mantener el tratamiento sin mayores dificultades. Las dietas son muy hipocalóricas e incluso contienen niveles de energía menores a los que habitualmente se indican, incluyen una dosis diaria de todos los requerimientos nutricionales esenciales. Se usan como fuente

única de nutrición 8 ocho a 16 semanas alternas para lograr un descenso de peso de entre 1,5 y 2,5 kilos por semana. La dieta hipocalórica provoca un primer descenso de la temperatura corporal que disminuye el nivel de azúcar en sangre aproximadamente un 15 % y reduce los riesgos de daño celular, algunos pacientes hasta llegan a sentir una sensación de frío que antes no percibían. En el último tiempo se descubrió que la selección adecuada de alimentos y nutrientes, así como los períodos de restricción alimenticia, producen un efecto de rejuvenecimiento y refuerzo del sistema inmunitario.

Se propone (Ravenna, 2007) un tratamiento terapéutico grupal y un seguimiento psicológico individual, una de sus premisas fundamentales es tener presente que se baja de peso por lo que se come y no por lo que se deja de comer. Lo que se come debe estar delimitado por una medida y ésta es, la pequeña porción. Cuanto menos se come, menos hambre se tiene. Esto se explica debido a que al comer pocas calorías, el cuerpo debe recurrir a las reservas de energía contenidas en la grasa. Al quemarse, dicha grasa bloquea rápidamente, por medio de mecanismos fisiológicos, los centros que producen el hambre. Lo primero es el corte con la comida y con el desborde; luego hay que centrarse en la medida justa de los alimentos. Un rápido descenso inicial conforma el estímulo principal para luego cambiar los hábitos. Este descenso se logra con la implementación de dietas eficaces, hipocalóricas, y con supervisión paso a paso y día a día. Los controles médicos, nutricionales y psicológicos se deben realizar como mínimo una vez al mes. Si el paciente pierde continuidad en el tratamiento, debe habilitar el ingreso al mismo pasando por todas las consultas antes mencionadas.

Es característico de este método el grupo terapéutico visto como un espacio donde los pacientes comparten sus éxitos y fracasos. Es el lugar donde, con el apoyo de psicólogos de la clínica y por otros pacientes que están en la misma situación, el paciente sostiene su decisión de bajar de peso. Es en este espacio, también, que los pacientes exponen su patrón de relación con la comida y pasan a redefinir ese valor exacerbado o exagerado dado a los alimentos. La motivación sube en cada paciente al ver que el otro puede y lo logra, se produce un efecto de identificación en espejo que se transforma en factor de motivación y compromiso con el tratamiento. Los grupos están coordinados por los terapeutas, psicólogos y psiquiatras. Lo más importante es que el paciente capte e incorpore el concepto de límite y que desee cambiar la comida por una nueva y positiva expectativa de vida.

Una vez que se llega al peso deseado y se inicia el mantenimiento, es necesario comenzar a trabajar en profundidad sobre el reconocimiento de la nueva imagen corporal. Es decir, consolidar la

relación del paciente consigo mismo y con el medio. Es por este motivo que también existen grupos terapéuticos de mantenimiento. En esta etapa todos los alimentos son permitidos y a cada paciente pasa a definir cuáles son las medidas permitidas para llevar una vida normal sin aumento de peso, establece un patrón alimentario que será su referencia para el resto de la vida. Los pacientes en mantenimiento se pesan todos los días, tienen actividad física incorporada en su día a día y optan por una alimentación de mejor calidad. Desde el punto de vista cognitivo es la instancia donde se aprende a ser delgados.

3.4 Eficacia del tratamiento cognitivo conductual de la obesidad

Una vez que se llegó al peso objetivo, el principal desafío es lograr mantenerlo (Vilallonga et al, 2008). Luego de seis meses de pérdida de peso, el ritmo de descenso disminuye y luego se detiene. Por este motivo en este momento es de suma importancia instaurar las estrategias necesarias para movilizar al paciente y lograr el mantenimiento del peso alcanzado. Un mantenimiento exitoso se define como una ganancia de peso menor de 3 kilos en dos años, y una reducción sostenida en la circunferencia de la cintura de al menos 4 centímetros.

Cada vez hay más pacientes que se esfuerzan en adelgazar mediante un régimen dietético y la mayor parte de las veces es para mejorar su apariencia. Los resultados son desalentadores, las estadísticas admiten que si la mayoría de los pacientes en el proceso de adelgazamiento pierden un promedio del 10% de su peso corporal, vuelven a ganar las dos terceras partes en el año siguiente y la tercera parte en los 5 años que siguen. No es posible una solución rápida y definitiva del trastorno ya que desde el punto de vista psicológico se puede ver asociada con trastornos de la conducta alimentaria, depresión u otras patologías (Denia Lafuente, 2011).

Lamentablemente, luego que el paciente termina el tratamiento, es frecuente que gane peso nuevamente si no continúa en contacto con el equipo que llevó adelante el tratamiento. En este sentido, es importante establecer un programa de entrevistas individuales y/o grupales frecuentes, contacto telefónico o por correo electrónico que permita reforzar las pautas de estilo de vida. En esta etapa, la actividad física se convierte en el pilar principal del tratamiento. Aquellos pacientes que hayan logrado un nivel de actividad física adecuado tienen mayores probabilidades de lograr mantener el descenso de peso. Si es necesaria una mayor pérdida de peso luego del período de mantenimiento, se volverá a realizar el tratamiento inicial (Hill, Thompson, Wyatt, 2005).

Según Denia Lafuente (2011) el objetivo inicial no son las pérdidas elevadas de peso sino en una cantidad suficiente para mejorar la salud, oscilando en una bajada entorno al 5% del peso inicial.

Pese a ello, los resultados en cuanto mantenimiento del peso resultan decepcionantes, ya que sólo el 20-30% de los pacientes con sobrepeso y obesidad logran mantener el peso reducido. Durante el primer año tras la reducción de peso, entre el 30-35% de los pacientes recupera el peso perdido y más de la mitad alcanzaron, transcurridos los 3-5 años, un peso mayor que el inicial, aunque un grupo importante de pacientes logra mantener la pérdida de al menos el 5% de su peso después de un año.

Las terapias de descenso de peso están caracterizadas por una motivación inicial alta características de la enfermedad y que no son propias de ningún método, por ello el descenso de peso es muy marcado en los primeros tres meses del tratamiento (Ravenna, 2006). Pero con el pasar del tiempo y la notable baja de peso inicial, la motivación del paciente en el tratamiento disminuye, por lo que la eficacia del mantenimiento de peso es decepcionante ya que sólo el 20-30% de los pacientes con sobrepeso y obesidad logra mantener el peso reducido. Durante el primer año tras la reducción de peso, entre el 30-35% de los pacientes recuperan el peso perdido y más de la mitad alcanzan, transcurridos los 3-5 años, un peso mayor del inicial, aunque un grupo importante de pacientes logra mantener la pérdida de al menos 5% de su peso después de un año. (Denia Lafuente, 2011)

De forma análoga, un estudio llevado a cabo por Sámano Orozco (2011) arroja que 8 de cada 10 pacientes abandonan su programa dieteticoterapéutico antes del cumplimiento de la meta establecida en términos de disminución de peso. El máximo porcentaje de avance al momento del abandono del tratamiento fue del 58% y el 87% de los pacientes abandona la dieta en la primera cuarta parte de su tratamiento. De las cinco causas de abandono de tratamiento dietético, las expectativas irreales son las que mayor correlación muestran con el abandono del tratamiento; los períodos vacacionales aunque no muestran una correlación fuerte, también son una causa relacionada con el abandono del tratamiento dietético siendo las vacaciones de verano el período en el que más pacientes abandonan su tratamiento. La variable menos relacionada es la presencia de estilos de vida incompatibles con la dieta y el estrés como acusa de abandono de tratamiento muestra una relación leve. El grupo de edad que logra mejores avances antes de abandonar es el grupo de 40 a 49 años.

El mismo estudio (Sámano Orozco, 2011) arroja que la media del porcentaje de avance al momento del abandono es del 9,5% y que el 87% abandona la dieta en la primera cuarta parte de su tratamiento, mientras que el porcentaje de avance máximo al momento del abandono es del 58%. Entre las causas el 47% de los que abandonan su tratamiento tiene expectativas irreales al inicio del mismo y el 24% lo hace durante algún período vacacional. Por otra parte el 29% tiene estilos de vida incompatibles con la dieta y el rango de edad que mayor relación presenta con la etapa en que

se decide abandonar es el grupo de 30 a 39 años. Por último, si bien el 67% de los que abandonan refirieron no presentar estrés al momento del inicio del tratamiento, hay un 33% restante que presenta algún nivel de estrés, habiendo una relación entre el nivel de estrés y el grado de la etapa de abandono del tratamiento.

Los datos arrojados por Sámano Orozco (2011) muestran que no existe una correlación de variables analizadas lo suficientemente significativa como para individuar una causa específica de abandono de tratamiento. Sin embargo, en línea con la alta incidencia de abandono del tratamiento debido a las expectativas irreales al inicio del mismo, es que Cormillot (2008) plantea la diferenciación de cuatro conceptos ubicados en extremos opuestos en la oscilación de peso vivida por el paciente. Así se llega a la diferenciación de cuatro tipos de peso: el peso máximo, el peso comfortable, el peso posible y el peso ideal.

En este orden, el peso máximo es el peso más alto al que un paciente llegó en su vida (Cormillot, 2008); al bajar se ubica en un peso comfortable, que es aquel peso en el cual se equilibran los logros obtenidos y el esfuerzo que se debe hacer para seguir bajando, la persona puede sentirse cómoda en el peso comfortable, pero no está en su peso posible, que es más bajo. No se trata de un estancamiento del peso, sino una detención en el esfuerzo, porque alcanzar el peso comfortable y permanecer un pequeño tiempo puede ser una pausa necesaria para iniciar el próximo esfuerzo hacia el peso posible, que es el peso razonable que puede alcanzar una persona que necesita adelgazar. Existe una diferencia entre el peso ideal, el indicado por las tablas o el que se tuvo durante la juventud temprana y el peso posible. El peso posible es el peso razonable que puede alcanzar una persona que necesita adelgazar, un peso en el que se pueda mantenerse en el tiempo sin exigir demasiados sacrificios. Para determinar este valor, en los mayores de 20 años, al peso ideal se le agrega un kilo por cada década de vida a partir de los 20 años y un kilo por cada 10 kilos de sobrepeso que haya tenido. De todos modos, tanto el peso posible como el comfortable son saludables para el que estuvo gordo. En el extremo opuesto al peso máximo se haya el peso ideal, que es aquel que indican las convenciones según la edad, la estatura, la contextura ósea y muscular y el sexo; es el peso en el que una persona estaría más sana si nunca hubiera estado gorda.

Generalmente es el peso que se tiene a los 20 años. Las tablas de peso ideal permiten conocer el rango de peso. Por ejemplo, si una mujer mide 1,62 m y tiene una estructura chica, su rango de peso ideal varía entre un mínimo de 54 kilos, un medio de 56 y un máximo de 58 kilos. En tanto que para un hombre de 1,80 m con estructura grande, el rango va de un mínimo de 73 kilos, un medio de 76 a un máximo de 79 kilos.

Cormillot (1991) agrega que el peso alcanzado varía según el sexo, la estatura, la contextura, la edad, el grado de obesidad y el tiempo que se ha tenido sobrepeso, también influye la edad en que se comenzó a engordar y la forma del cuerpo. En los grupos de mantenimiento se trabaja la histórica relación problemática con la comida de cada paciente, se escucha y se muestran las dificultades, los obstáculos, la alegría y el sostenimiento de logros. Estos grupos son una manera de hacer que el tiempo pase y se empieza a escribir una nueva historia de flaco. En el proceso de mantenimiento, la comida es sustancialmente la misma que la puesta en práctica durante el descenso de peso. No existe la dieta de mantenimiento sino un leve aumento en la cantidad de porciones, no de tamaño. Las únicas comidas prohibidas serán aquellas profundamente adictivas para algunos, que contienen harinas y azúcares capaces de generar dependencias químicas. Salvo esta excepción, el paciente que ha llegado a su peso puede comer cualquier tipo de alimentos, siempre en pequeña cantidad.

La intención en los grupos de mantenimiento es que los pacientes aprendan una medida y que sientan que eligen su comida dentro de todas las opciones posibles. Finalmente, el autor establece que una vez que se llega al peso deseado es necesario comenzar a trabajar en profundidad sobre el reconocimiento de la nueva imagen corporal. Es decir, consolidar la relación del paciente consigo mismo y con el medio (Ravenna, 2006). Así en gran medida el éxito del tratamiento dependerá tanto de la reeducación del paciente en sus hábitos y etilo de vida como de su conducta alimentaria y como en el moldeamiento de sus expectativas hacia una realidad fácil de controlar con los conocimientos aprendidos en el mismo (Cormillot, A. 2008).

Cabe destacar que estudios más recientes realizados en hospitales españoles argumentan la eficacia del tratamiento cognitivo conductual aplicados a tratamientos para la reducción de peso y trastornos alimentarios en general. Arrebola Vivas et al (2012) concluyeron que el programa basado en moderada restricción de la dieta, aumento de la actividad física y apoyo psicológico puede mejorar parámetros antropométricos y estilos de vida en pacientes obesos tratados en un centro de atención primaria. De igual manera Loreto Tárraga Marcos et al (2014) afirman que las técnicas de intervención motivacional, el consejo nutricional, las terapias cognitivo conductuales individuales o en grupo son eficaces en la reducción de peso y que su utilidad aumenta al combinarse con dietas y ejercicio físico. Se busca orientar a cambios de los estilos de vida, que con efecto prolongado en el tiempo lleva a reconocer y mantener patrones de alimentación adecuados además de control del estrés y realizando ejercicio físico de manera regular. Sin embargo indican que es necesario seguir investigando en esta línea sobre el tratamiento de la obesidad para conseguir más efectividad en la reducción del peso y mayor persistencia en el tiempo.

Otras dos investigaciones realizadas en España muestran la efectividad de los tratamientos para el descenso de peso con terapia cognitivo conductual pero con efectos de corto plazo. Como señalan García Marín, Antón Menarguez y Martínez Armonoz (2016) los resultados fueron positivos en un tratamiento de tan sólo 15 sesiones logrando que una paciente adolescente con trastornos de alimentación redujera el número de atracones, mostrara adherencia a hábitos de vida saludables, mejorara el estado de ánimo y autoestima, redujera la ingesta emocional y mejorara sus estrategias de afrontamiento y de autocontrol, lamentando la falta de contacto con la familia a lo largo del tratamiento de parte de los profesionales que llevaron adelante el tratamiento. En la misma línea, Briones García y Rincón Morán (2016) afirman que la familia marca un punto de inflexión en estas terapias y que existe una relación directamente proporcional entre la reducción de peso, la implicación de los padres y la menor edad de los participantes.

Para terminar resulta interesante una investigación de Rodríguez Morán et al (2013) a lo largo de cuatro meses en una población de estudiantes de bajo recursos entre 12 y 16 años de escuelas secundarias de la ciudad de Durango en México, que muestra que la eficacia de la TCC en el logro de una mayor adherencia y menor deserción a las indicaciones de la dieta y el ejercicio en adolescentes con obesidad. Pero al mismo tiempo se resalta la necesidad de incluir estrategias que involucren la participación de psicólogos y trabajadores sociales como elementos indispensables en el equipo multidisciplinario de atención al problema de la obesidad en los jóvenes, ya que el 85.2% de la población en estudio presentó alguna alteración de la esfera psicológica, en el 40.1% de las familias existía violencia intrafamiliar y el 73.9% de las madres eran obesas. Al igual que el resto de las investigaciones la limitación está en el plazo de estudio que se basa en resultados inmediatos de 4 ó 6 meses dejando para investigaciones a futuro el análisis del mantenimiento del peso logrado en el largo plazo.

En línea con estas investigaciones González (2017) afirma que frente a la recuperación del peso perdido el tratamiento cognitivo conductual siempre debe ajustarse a la idiosincrasia del paciente para lograr cambios en el comportamiento del individuo en un contexto que promueve y facilita conductas obesogénicas. Considera que la dificultad de mantener los logros obtenidos es común de todos los tratamientos, por esto es necesario ser cautos en el establecimiento de los objetivos a alcanzar y desarrollar programas de mantenimiento específicos entendiendo a la obesidad como una enfermedad crónica que requiere una intervención de por vida. Entonces debería ser tomada en cuenta la elaboración de estrategias preventivas de la obesidad.

4. Metodología

4.1 tipo de estudio y diseño

El tipo de estudio es Descriptivo.

4.2 Participantes

Este estudio consta por un lado de la observación de un grupo de descenso veloz, intensivo de noventa días de duración llamado “Dale Tarde” conformado por treinta pacientes adultos y de tercera edad entre 18 y 75 años de edad, de ambos sexos.

Por otro lado también se realizó la observación de un grupo mixto de mantenimiento y descenso que se reunía todos los días hábiles de la semana a partir de las 19 horas coordinados por dos psicólogos de distinta formación y diferentes estilos de abordaje del grupo, a los que luego se les sumaba la presencia del titular de la clínica. Es un grupo conformado por un centenar pacientes adultos y de tercera edad entre 18 y 75 años de edad y de ambos sexos.

4.3 Instrumentos

Registro de observaciones del grupo de descenso y del grupo mixto de descenso y mantenimiento. También se procedió a entrevistar de manera individual a tres pacientes del grupo de descenso y a cinco del grupo mixto por medio de encuentros personales cortos de no más de 15 minutos. De la misma manera se procedió a entrevistar a cinco profesionales que participaban en la coordinación de los dos grupos y que difirieron en su formación y en el estilo de sus intervenciones.

4.4 Procedimiento

Para la recopilación de datos se observó la dinámica de la interacción entre los profesionales y los pacientes de los dos grupos y de los pacientes entre sí bajo la supervisión y la guía de los coordinadores. Se prestó particular atención al tipo de intervenciones ante las situaciones más relevantes que se presentaron a lo largo de su desarrollo. Las entrevistas fueron estructuradas y personales con los pacientes y con los terapeutas, no tuvieron más de 15 minutos de duración y las preguntas fueron puntuales y específicas, con la diferencia que a los pacientes se les preguntó sobre datos puntuales de su tratamiento (el tiempo en la institución, si eran reincidentes, la cantidad de kilos bajados y por bajar y sus expectativas a futuro con el cumplimiento y mantenimiento del

objetivo establecido al iniciar el tratamiento); a los profesionales se les preguntó sobre su formación, su trayectoria dentro del Centro Terapéutico, el estilo de coordinación de los grupos terapéuticos y la implementación de intervenciones frente distintas tipologías de pacientes en base a las metas prefijadas al iniciar el tratamiento.

5 Desarrollo

5.1 Presentación de la institución

La institución en donde se llevó a cabo la práctica propone un abordaje multidisciplinario integral para el tratamiento de la obesidad que incluye el tratamiento médico, nutricional y psicológico. A su vez cuenta con actividades optativas para realizar ejercicios físicos como complemento al tratamiento a los que se suman talleres de mindfulness, yoga, viajes y actividades grupales al aire libre.

El plan alimentario consiste básicamente en una dieta hipocalórica de 600 calorías diarias sin hidratos refinados ni azúcares. Los pacientes tienen la opción de comprar los menús en los restaurantes de la clínica o bien de prepararlos ellos mismos según las indicaciones de los nutricionistas. Al ingresar a la clínica cada un paciente debe realizar un registro diario de su peso que debe informar en la recepción cuando asiste a la clínica y queda registrado para poder verificar su evolución a lo largo del tratamiento.

La clínica trabaja con terapias grupales, si bien se toman aportes de diferentes teorías, en el tratamiento de la obesidad el descenso rápido de peso y los cambios de hábitos se logran con la implementación de terapias conductistas y cognitivas que se suman al estricto seguimiento de la dieta hipocalórica ya mencionada. En los grupos se trabajan aspectos psicológicos de la enfermedad, se pone foco en desentrañar el mecanismo adictivo y está prohibido hablar de las comidas que son el objeto de la adicción.

Los pacientes tienen una amplia variedad de horarios para asistir a las reuniones grupales todos los días de la semana, ya que para el tratamiento es fundamental la asistencia a los grupos. Para los que no pueden asistir o viven lejos también se cuenta con la alternativa de realizar un seguimiento a

través de YouTube, o incluso se cuenta con la facilidad de poder asistir a los varios centros con los que cuenta la clínica en numerosas provincias del interior del país e incluso en el exterior.

Los grupos se dividen en descenso de peso, mantenimiento y mixtos, en estos últimos participan pacientes en la etapa de descenso como también los que están en la etapa de mantenimiento. Generalmente los conforman entre treinta y cincuenta pacientes adultos y de tercera edad, de 18 años en adelante, de ambos sexos aunque la presencia femenina es marcadamente superior a la masculina, llegando a ser en proporción de 10 mujeres por cada hombre. En los grupos de descenso participan pacientes con distintos niveles de obesidad y sobrepeso porque se busca dar la idea de enfermedad y adicción sin cuantificarla.

Los profesionales que trabajan en la institución son nutricionistas, clínicos, psicólogos y psiquiatras todos especialistas en obesidad. Los psicólogos cuando ingresan a trabajar en la clínica deben realizar la dieta hipocalórica durante una semana para comprender y ayudar a los pacientes a través de la experiencia propia. Los terapeutas enfatizan en la modificación de la conducta del paciente como pilar fundamental del tratamiento. Se trabaja en el descenso de peso para luego consolidar la modificación hábitos de manera permanente. Los temas abordados en los grupos se refieren al vínculo con la comida, sin mencionar detalles de dietas y tipos de alimentos, ya que se trata de no activar ningún pensamiento que despierte el deseo de consumo, siempre con un particular acento puesto sobre los pilares del tratamiento que son el corte, la medida y la distancia.

En la entrevista de admisión la coordinadora fue muy clara al referirse al objetivo del tratamiento y afirmó que de cada diez consultas hay seis pacientes que no empiezan, de esos cuatro, dos no llegan al mantenimiento y de los dos que llegan, sólo uno es capaz de irse y quedarse flaco. Es decir que sólo uno de diez logra cumplir con el objetivo de bajar de peso y mantenerlo. Aproximadamente la mitad de los pacientes logra perder mucho peso en los primeros tres meses y después abandona el tratamiento porque cree que ya cumplió su objetivo y logrará seguir bajando con los conocimientos incorporados en el tratamiento. Lamentablemente esto no es así y vuelven aproximadamente un año después con el mismo peso o más. Esto se debe a que la motivación inicial alta es característica de la enfermedad, no es propia de ningún método, según lo que explica la misma coordinadora.

5.2 Criterios de eficacia terapéutica según los profesionales

Los criterios de eficacia terapéutica según los profesionales de este centro se basaban en la pérdida de peso a corto plazo, tal como lo mencionara la coordinadora del grupo mixto de los jueves a la tarde. En su perspectiva, las mayores dificultades del paciente estaban en la falta de compromiso en respetar la dieta, la falta de constancia en la asistencia a los grupos y el abandono del tratamiento que solía darse al tercer mes. El director de la clínica aseguró en un grupo que el éxito estaba garantizado para el 75% de los pacientes que tuvieran asistencia perfecta a los grupos, otros coordinadores afirmaban que el tratamiento permitía un descenso del 10% del peso corporal en hombres, mientras que en las mujeres era más contenido debido a las fluctuaciones hormonales. Sin embargo a largo plazo sólo uno de cada diez consultantes lograba el objetivo de permanecer delgado, porcentaje que subía al 25% sobre la base de los que realmente empezaban el tratamiento. En este sentido, la perspectiva de los profesionales y del director de la clínica concordaba con las conclusiones formuladas por Arrebola Vivas et al (2012), Loreto Tárraga Marcos et al (2014) y García Marín et al (2016), quienes plantearon el seguimiento de los resultados de la terapia cognitiva conductual para el descenso de peso en el mediano y largo plazo.

La eficacia del tratamiento se sustentaba en tres elementos: la dieta hipocalórica; el seguimiento de médicos clínicos y nutricionistas; y la asistencia a los grupos, preferiblemente diaria y nunca inferior a las tres veces por semana. Según la perspectiva de los profesionales de esta clínica las dificultades en la eficacia se daban en fallas de los pacientes con alguno de estos tres elementos, pero como se verá más adelante, la mayoría de ellos no coincidía en su opinión con los profesionales. La particularidad de este centro de tratamiento de la obesidad consistía en un método rápido de descenso de peso que concebía a la obesidad como resultado de una adicción, entonces los grupos terapéuticos trataban a pacientes adictos a la comida sujetos a una dieta hipocalórica, que sólo ocasionalmente podía ser complementada con suplementos vitamínicos o minerales en base a indicaciones médicas. La importancia de los grupos terapéuticos era relevante en el tratamiento de la obesidad resultado de una conducta adictiva. De este modo la eficacia terapéutica se sustentaba en el trabajo en grupos con pacientes adictos, los cuales se entendía que nunca podían desprenderse por completo del objeto de su adicción.

El análisis de las intervenciones de los profesionales en los grupos terapéuticos se sustentó en el tratamiento de la adicción en función de la eficacia del tratamiento: el tratamiento era eficaz porque se “curaba una adicción” (sic). Se observó que las intervenciones de los coordinadores tenían la

finalidad recuperadora de la adicción que era asociada a la eficacia del tratamiento. En la dinámica de los grupos los pacientes comenzaban con un reporte de su estado en el tratamiento: empezaban diciendo su nombre, hace cuánto tiempo entraron a la clínica, cuántos kilos llevaban bajados y cuántos quedaban por bajar, en cuánto tiempo los tenían que bajar y debían decir si eran reincidentes; en caso afirmativo cuándo dejaron el tratamiento anterior, porqué y en qué instancia del tratamiento en relación al peso de que debían lograr. Sólo después de este reporte podían compartir sus opiniones y experiencias con el resto del grupo.

Lo notable de los grupos de descenso eran las intervenciones de los coordinadores marcadamente manifiestas a tratar la obesidad como una enfermedad parte de la tríada “obesidad – enfermedad – adicción”. Los coordinadores de todos los grupos nunca hablaban de “gordura” sino de enfermedad, del “gordo” y de “la gorda” en tercera persona dando a entender que la condición de gordos estaba por fuera del paciente. En el restaurante de la clínica y en el salón de conferencias se leían carteles fijados en las paredes con las leyendas: “corte – medida – distancia”, “tomar 3-4 litros de agua por día”, “tomar un caldo antes de cada comida”, “hacer las cuatro comidas por día”, “hacer actividad física” y que una coordinadora del grupo de descenso definió como “los 5 mandamientos del tratamiento”. En estas intervenciones era marcada la intención del corte de la adicción.

Para lograr la pérdida de peso principalmente en los grupos de descenso los profesionales proponían trabajar sobre las conductas de base que sostenían a la enfermedad vista como una adicción que eran el descontrol, el autoengaño, la falta de límites y la dependencia. El primer eslabón que se trabajaba era el corte con el objeto adictivo, ya que era la clave para tener la mente desintoxicada y poder pensar correctamente. Ravenna (2006) remarca la importancia del corte con el objeto adictivo, lo cual lleva a pensar mejor dado que según el autor el circuito del desborde no permite pensar bien porque la sustancia en exceso tapa y obstaculiza. Una de las psicólogas coordinadoras del grupo de los jueves a la tarde explicó que para cortar con la conducta adictiva el primer corte debía ser químico, es decir 3 días de dieta perfecta, ese corte inaugural posibilitaba otros cortes, porque el corte con la adicción era un proceso que partía de un corte que establecía una distancia, para llegar después a un corte emocional.

Todos los profesionales de la clínica concordaban en que a los tres días de haber cortado con la comida adictiva y realizando una dieta impecable se entraba en estado de acidosis y los pensamientos cambiaban, por razones biológicas y psicológicas. Según Ravenna (2006) se corta con el círculo vicioso y se inicia el círculo virtuoso, es el primer paso después de haber empezado el

tratamiento en la curación de la adicción a la comida. También los pacientes manifestaban que cuando realizaban el corte lograban obtener claridad, pensaban de manera distinta, adquirían otras formas de mirar el problema, lograban canalizar su energía de manera distinta y la podían canalizar hacia otras áreas, posibilitando otras formas de goce, de distracción y de búsqueda de bienestar. Cuando la mente se encontraba despejada de la sustancia adictiva se utilizaba la razón de forma más efectiva, logrando que el paciente no se refugiara en la comida. Al igual que un adicto, el vínculo con la comida era de ambivalencia molesta y gratificante a la vez, por lo cual las intervenciones de los profesionales estaban destinadas a sacar al paciente del estado ambivalente. Como señalan Miller y Rollnik (1999) el terapeuta destina sus esfuerzos en ayudar a la persona a salir de la ambivalencia que lo atrapa y lo arrastra en círculos de conductas autodestructivas. En esta intervención se vinculaba a la adicción con el criterio de corte, medida y distancia que era la base del tratamiento.

Una de las profesionales de la clínica afirmaba que en los grupos las intervenciones tenían el objetivo que el paciente pudiera cortar con su tendencia a repetir una conducta tóxica, buscando que encontrara en el grupo formas de hacer algo diferente, a través de lo que les decían sus propios compañeros. Esto significaba que si todos los días a la noche comía en exceso, empezara a ver qué cosas podía hacer y qué cosas podía cambiar, para encontrar maneras diferentes de pasar las horas del día que no implicaran comer de más. La intención era que el paciente descubriera sus propios recursos y estrategias. De esta manera, se podía verificar que la asistencia a un grupo terapéutico constituía un modo de desmitificar creencias arraigadas para adquirir conocimientos que mejoraran la conducta y los vínculos transformando las conductas de desborde. En línea con Yalom (2010) que estudió la dinámica de los grupos terapéuticos, desde la clínica se reforzaba de forma constante y continua la importancia que tenía el grupo dentro del tratamiento, insistiendo con la asistencia y la participación como pilares para la recuperación.

Era frecuente escuchar a los profesionales decir que los pacientes debían generar redes de contención. Una de estas redes era el grupo, otra era la sugerencia de tener el seguimiento de un compañero dentro y fuera de la clínica, por ejemplo mediante chat telefónico. Los grupos terapéuticos propiciaban la motivación y continuidad con la dieta. Además de estas indicaciones se les sugería que interactuaran para evitar que se quedaran solos y no se aislaran. Se buscaba que tuvieran nuevas actividades y proyectos para no apegarse y recaer en la comida. Vilallonga, Repetti y Delfante (2008) se refieren a la importancia de crear un nuevo estilo de vida, ofrecer a los pacientes alternativas en las que invertir su tiempo de manera satisfactoria proponiendo que se

trabaje en restablecer el equilibrio del paciente mediante la dedicación diaria a actividades gratificantes y de esta manera evitar las recaídas.

En los grupos se intentaba que los pacientes incorporaran límites, que aprendieran como abstenerse de hacer lo que querían, como tolerar una indicación, para ello se propiciaba el logro del límite y la medida en diferentes aspectos de la vida. Según Ravenna (2006), practicar el concepto de medida permite evitar la compulsión, la medida posibilita el sistema de alerta que indica cuando parar, cuando la porción se agranda. Otro objetivo de la interacción entre los pacientes era facilitar la posibilidad de obtener nuevas herramientas a partir de la confrontación de vivencias similares, porque a través del grupo se incorporan herramientas para el trabajo individual, se incorporan límites y se modifican conductas en línea con Yalom (2010) que plantea que el terapeuta debe promover el desarrollo de habilidades sociales en los grupos terapéuticos y al mismo tiempo generar nuevas formas de resolución de problemas. Por lo general cada reunión de los grupos mixtos comenzaba con la idea disparadora de algún coordinador que enseguida señalaba a paciente tras paciente preguntándole “¿vos qué pensás?” con la intención que la participación fuera lo más grande posible hasta que la dinámica del grupo hiciera que los mismos pacientes llevaran el debate adelante.

En la institución se pudo observar diferentes intervenciones que planteaban la importancia de la planificación. Se alentaba a los pacientes a planificar y organizarse ante diferentes situaciones, tener en cuenta los horarios, programar las comidas, preparar un plan de contingencia ante eventos o situaciones que pudieran atentar con el tratamiento. Con estas intervenciones se empoderaba a los pacientes, fomentando el autocontrol, que era una herramienta clave dentro del manejo de las conductas adictivas. Las medidas de autocontrol de los pacientes eran imprescindibles en el tratamiento, los pacientes debían tener una actitud activa observando y reflexionando sobre sus conductas de ingesta de alimentos (Ravenna 2006).

5.3 Análisis de la eficacia percibida por los pacientes en el descenso de peso

Al igual que los profesionales de este centro terapéutico, también los pacientes entendían que la eficacia del tratamiento estaba vinculada al rápido descenso de peso en el corto plazo y consideraban que el tratamiento era eficaz. El análisis de la eficacia percibida por los pacientes de la clínica implicó un seguimiento de sus intervenciones en los grupos además de la necesidad de

mantener entrevistas individuales por fuera de las reuniones. De esta manera se dio lugar a la expresión de las subjetividades individuales que por distintos motivos no se manifestaban en los grupos. Si bien no se discutía la eficacia del tratamiento, las entrevistas con los pacientes dieron lugar a la aparición de dificultades en el seguimiento que no siempre coincidían con las contempladas por los profesionales de la clínica.

En los grupos y entrevistas personales se percibía mucho entusiasmo de parte de los pacientes nuevos y estaban a la espera de sus primeros logros. En los relatos vinculaban la pérdida de peso con el método seguido por la clínica, lo relacionaban a otros aspectos de sus vidas que también cambiaban, como su estado de ánimo, optimismo, cambios en la forma de vincularse con otras personas, elaboración de nuevos proyectos de vida, manifestaban la voluntad de emprender nuevas actividades sociales e incluso redescubrían su esfera sentimental planteando el deseo de tener pareja. Muchos mostraban la idea de un “tratamiento salvador” trasladando su resultado a otros niveles de su vida. En esto contribuía la idea de que el paciente no era gordo sino que la gordura estaba en la enfermedad.

Todos los pacientes acordaron en la efectividad del método y de lo beneficioso que era para el resto de los ámbitos de su vida. Frecuentemente trasladaban la eficacia del tratamiento a los resultados positivos de los cambios que experimentaron en otros aspectos. Si por lo contrario experimentaron alguna dificultad, esta era vista únicamente como propia de cada paciente. Las dificultades eran personales y se las atribuían a la relación del paciente con la enfermedad, el tratamiento era considerado eficaz.

El caso de Natalia ejemplifica lo desarrollado anteriormente en cuanto a la percepción de eficacia de parte de los pacientes. En una entrevista fuera del grupo dijo que era psicóloga, tenía 32 años y hacía un año que estaba en la clínica logrando bajar 18 kilos en cuatro meses. En el momento de la entrevista concurría a los grupos de mantenimiento y sentía que logró establecer una fuerte identificación con la clínica que mantenía como eje con la intención de llevarla a otros aspectos de su vida, quería recuperar el control de sí misma. En su misma línea estaba Marita, jubilada del cuerpo médico forense de la Corte Suprema de la Justicia de la Nación, era paciente de la clínica hace casi 20 años. Perdió unos 15 kilos y había dejado por un accidente que tuvo en el trabajo poco antes de jubilarse, por el que estuvo engordando varios meses en cama, volvió porque quería tener la sensación de recuperar el control sobre sí misma y su cuerpo.

Patri llevaba bajados más de 20 kilos, en el momento de la entrevista estaba pesando 84 y era paciente hace un año. Era psicóloga y se preguntaba si sus ganas de quedarse en ese peso, en el fondo no eran otra cosa más que esa relación bipolar frente a la comida de la que solía hablar el director de la clínica. Creía que tenía un deseo de permanecer así y así se iba a quedar. Estaba en los grupos de mantenimiento de los jueves a la tarde y tomaba al director de la clínica como su referente aunque no quería ir a sus grupos para no sentir la exposición de poder hablar con él delante de los demás pacientes. Agradecía cuando le remarcaban que cambió mucho su aspecto físico y se la veía mucho más delgada, ella no se veía así pero las coordinadoras y las demás pacientes veían el cambio. Es necesario aclarar que el director de la clínica nunca habló del trastorno bipolar como causa de la obesidad, quedando esta relación como una interpretación de la paciente

Como explican Amigo Vázquez y Fernández Rodríguez (2013) es evidente que la pérdida de peso sostenible requiere la modificación de hábitos, la introducción de cambios del estilo de vida entre los cuales se encuentra la estimulación de la actividad física. Realizar ejercicios regularmente es fundamental en el control del peso, ya que además de los efectos positivos tiene impacto en el estado de ánimo e incide en un mejor descanso. El ejercicio físico no logra una pérdida significativa de peso, aunque la actitud sedentaria es una de las tantas causas de su incremento. Muchos pacientes se sienten motivados por las actividades grupales fuera de la institución que suelen combinar viajes o paseos con actividad física (Miller y Rollnik, 1999). En esta línea la clínica propone actividad física para gente obesa, viajes spa con las dietas propuestas en el tratamiento y grupos de paseo por los bosques de Palermo durante los fines de semana.

5.4 Dificultades de eficacia en el tratamiento según profesionales y pacientes

Entendiendo que la eficacia terapéutica según los profesionales se basaba en la pérdida de peso a corto plazo, el fracaso del tratamiento estaba puesto en las dificultades dadas por la falta de compromiso del paciente en respetar la dieta y asistir a los grupos, luego de la etapa inicial de tratamiento otro momento crítico solía coincidir con el abandono del tratamiento al tercer mes. Por su lado los pacientes reconocieron estos motivos y agregaron el factor económico, pero no consideraban que el abandono del tratamiento al tercer mes fuera un motivo de fracaso, sino que por lo contrario lo adjudicaban a un exceso de confianza hacia sí mismos debido al rápido descenso de peso que tuvieron en el corto plazo.

El método aseguraba una pérdida del 10% de peso por mes, que en mujeres era de entre 7 u 8 kilos. La eficacia del tratamiento se identificaba con estos valores y los pacientes identificaron como dificultad a todo lo que atentaba contra su descenso de peso. En base a sus intervenciones en los grupos y a sus declaraciones fuera de ellos, era notable que se identificara a la eficacia como propia del tratamiento y la ineficacia fuera una responsabilidad que corría únicamente por cuenta del paciente. El binomio tratamiento-eficacia se contraponía al binomio paciente-enfermedad, donde la curación de la enfermedad corría únicamente por cuenta del paciente con los medios que le proporcionaba el tratamiento. Entonces, si el tratamiento no era eficaz, la responsabilidad era del paciente que no lo cumplía.

Entre las dificultades que más costaba manifestar dentro de la institución, los pacientes reconocían que eran al menos tres: el factor económico, porque el tratamiento era muy caro y se compraban paquetes de ofertas de tres meses que no siempre podían volver a pagar al momento de la renovación del pago; también muchos manifestaban la distancia y el viaje que les implicaba no sólo por vivir lejos sino en términos de tiempo por tener una vida demasiado llena de compromisos; e incluso se solía hacer referencia al miedo a la exposición que conllevaba el hecho de participar en grupos coordinados por profesionales excéntricos e incluso histriónicos. Esta última consideración solía entrar en contraste con el alto reconocimiento profesional hacia los profesionales de la clínica.

Es interesante mencionar que el aspecto económico era de gran incidencia en el abandono porque se abonaban paquetes de tres meses con encuentros de grupos terapéuticos, una consulta con médicos clínicos y nutricionistas por mes e incluso una vianda por semana. Pasados los tres meses ante la dificultad económica de seguir pagando el tratamiento y la importante baja de peso conseguida, muchos pacientes preferían salir siguiendo la misma dieta. Los coordinadores remarcaban que gran parte de los nuevos pacientes en realidad eran reincidentes que ya habían pasado por la clínica y más de la mitad decidía volver por los buenos resultados que había obtenido y que no consiguió en otro lado.

En esta línea cabe mencionar que así como los profesionales interpretaban que los obstáculos a la eficacia estaban puestos mayormente en las dificultades de los pacientes por comprometerse con el tratamiento y el peligro de abandono, los pacientes a su vez también manifestaban que las dificultades con el tratamiento se daban únicamente por su responsabilidad, por una falta que ellos no lograban superar. Mayormente se debía al problema de cortar con la adicción a la comida o también por motivos económicos o de distancia con la clínica. Ninguno, profesionales o pacientes,

cuestionaba la eficacia del tratamiento y todos coincidían en que el paciente concurría para curarse de una enfermedad. De esta manera se podía interpretar que el binomio eficacia-ineficacia interactuaba con el binomio clínica-paciente, donde la clínica era la eficacia y su método se aplicaba en un tratamiento que tenía la función de revertir la ineficacia del paciente por controlar su peso. El lugar de la ineficacia siempre estaba en el paciente, no estaba en el método empleado por la clínica.

Una vez empezado el tratamiento, se enfrentaba una primera dificultad que surgía de una tríada que involucraba al paciente con la dieta y el terapeuta. En todos los grupos era frecuente que los pacientes manifestaran su dificultad en lograr conectarse con el tratamiento y desbordarse de la medida indicada. Había una dinámica donde los pacientes no lograban ajustarse a la dieta y los profesionales realizaban intervenciones para modificar su conducta, sus respuestas solían ser las de asistir a los grupos más días e incluso varias veces por día para reforzar el compromiso, porque la asistencia continua llevaba a evitar la distracción. La explicación de fondo era que la probabilidad de éxito aumentaba al haber más conexión con el tratamiento y con los grupos de pares del paciente.

Las intervenciones más recurrentes hacia nuevos pacientes consistían en focalizar la atención, no distraerse con la dieta manteniendo la medida y respetando la distancia, porque irse de la dieta implicaba una pérdida de tiempo que generaba desgaste y ponía en peligro la continuidad del tratamiento. Resultaba primordial aprender a dar respuestas alternativas a la comida en las situaciones de estrés. Uno de los objetivos terapéuticos era enseñar a los pacientes a que pudieran afrontar adecuadamente las dificultades de la vida cotidiana sin recurrir a la conducta adictiva como solución que termina resultando contraproducente (Ravenna, 2006).

Otra característica de la primera parte del tratamiento consistía en que la clínica disponía de profesionales con gran variedad de estilos de intervenciones según su formación y trayectoria en el tratamiento de la obesidad, de esta manera tendían a motivar e involucrar a los pacientes con una multiplicidad de recursos según los grupos que coordinaban. De esta manera en línea con las dinámicas de los grupos terapéuticos estudiadas por Yalom (2010) se aumentaba la motivación y se potenciaban los efectos positivos del grupo. En esta primera etapa del tratamiento el cambio terapéutico se producía a través del intercambio de experiencias humanas, las terapias grupales eran claves al respecto, como afirman Miller y Rollnik (1999) la función de los terapeutas apunta a brindar esperanza y motivar mostrando que el objetivo es alcanzable y concreto. Los profesionales incrementan las creencias de los pacientes y su confianza en la eficacia de la modalidad del grupo, mediante el refuerzo positivo y las explicaciones de las propiedades curativas del grupo.

La transición hacia una dieta controlada hipocalórica se enmarcaba en uno de los pilares del tratamiento que era el método del corte, la medida y la distancia, que era reiterada por los psicólogos en sus intervenciones que hablaban de la distancia con la comida y entre las comidas (Ravenna, 2006). Considerando que se trataba de un método que trabajaba la adicción a la comida, se ponía su eficacia en la curación de una adicción pero también se podía considerar el desplazamiento de su objeto. Cómo desarrolla el mismo autor el tratamiento debe ser amplio para poder reemplazar la avidez por la comida por otros objetos suplentes más gratificantes.

Dentro de los grupos de descenso se verificaba que no se daba lugar a los pensamientos catastróficos, se les indicaba a los pacientes salir del lamento, del lugar de víctima del problema, que era un lugar pasivo. Se les pedía posicionarse como responsables de la solución, desde un lugar activo, dejar de focalizarse en la pérdida para potenciar las ganancias obtenidas, posibilitar la aparición de pensamientos positivos, pensar en los logros y no en la falta, cuando un paciente se quejaba, se trataba que se fuera de ese lugar. En esta línea Beck (1999) afirma que las creencias adictivas se desarrollan con el tiempo, se asimilan mucho y se vuelven resistentes al cambio, se busca que los pacientes examinen sus creencias disfuncionales y pensamientos automáticos y las reemplacen por creencias más constructivas y de control. Una de las estrategias detalladas por el autor para ampliar el control es el análisis de ventajas y desventajas, la idea es que el paciente aumente los motivos de abstenerse a la conducta disfuncional. De esta forma se facilita el aumento de creencias de control.

Según Miller y Rollnik (1999) se debe tratar de promover la motivación en el paciente, para que busque las razones y valores propios que pueden promover el cambio de su conducta adictiva. Para estos autores la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar ya que ese estado puede ser influido por muchas situaciones, se puede entender como una etapa de la preparación para el cambio. Cómo se constata en los grupos la motivación es una parte central e inherente al profesional, el cual debe desplegar todos sus más variados recursos en estas intervenciones. Ventriglia y Chimirri (2015) afirman que el coordinador dentro de un grupo terapéutico debe evaluar cuáles son las conductas de los pacientes en relación al cumplimiento del tratamiento, se debe detectar la negación y resistencias que emergen, para que se puedan modificar actitudes y se logre el proceso de cambio.

5.4.1 Mantenimiento del peso a largo plazo

Los grupos de mantenimiento carecían de la multiplicidad de intervenciones nombradas en los grupos de descenso. En esta instancia ya estaba comprobada la eficacia del tratamiento en el paciente y se buscaba que no se recuperara el peso perdido. Las investigaciones consultadas hablan de una eficacia alta en el corto plazo de los tratamientos cognitivos conductuales de descenso de peso y mala eficacia en el largo plazo debido a la imposibilidad de afianzar cambios en los estilos de vida. Vilallonga et al (2008) señalan que es necesario instaurar las estrategias necesarias para movilizar al paciente y lograr el mantenimiento del peso alcanzado. Un mantenimiento exitoso se define como una ganancia de peso menor de 3 kilos en dos años, y una reducción sostenida en la circunferencia de la cintura de al menos 4 centímetros.

La coordinadora de pasantías afirmaba que sólo uno de cada dos pacientes que entraban a los grupos de descenso lograba mantener el peso obtenido, por lo que en términos de eficacia era sólo del 50% de los que lograban llegar a esta instancia. Dado que el mantenimiento era la etapa del tratamiento que presenta más recaídas y abandonos, la misma coordinadora aclaraba que no había un alta sino que aconsejaba que los pacientes se quedaran en estos grupos un año por cada 10 kilos bajados. Esta efectividad era similar a la ya mencionada por Denia Lafuente (2011) al señalar que los resultados en cuanto mantenimiento del peso resultaban decepcionantes, ya que sólo el 20-30% de los pacientes con sobrepeso y obesidad lograban mantener el peso reducido. Durante el primer año tras la reducción de peso, entre el 30-35% de los pacientes recuperaban el peso perdido y más de la mitad alcanzaron, transcurridos los 3-5 años, un peso mayor que el inicial.

En la etapa de mantenimiento los pacientes seguían con las cuatro comidas y ya tenían que tener incorporado el ejercicio, el metabolismo no cambiaba sino que se modificaba la forma de comer. El coordinador del grupo de descenso de los sábados a la mañana afirmaba que su intención era llegar a una variedad muy heterogénea de pacientes que en su mayoría eran de descenso en tiempo prolongado. Se observaba que todos los pacientes conservaban la necesidad de un control activo de sí mismos. Cormillot (2008) afirma que actualmente la obesidad no tiene una cura definitiva.

6 Conclusiones

6.1 Resumen del desarrollo

Los objetivos de este trabajo se orientaron a analizar la eficacia terapéutica un centro de tratamiento para el descenso de peso desde los puntos de vista tanto de los profesionales como de los pacientes. El análisis propuesto se centra en las intervenciones realizadas por los profesionales coordinadores de grupos terapéuticos y en entrevistas breves semidirigidas a los pacientes divididos entre participantes de grupos de descenso de peso y grupos mixtos de descenso y mantenimiento. Se pudo observar que en la actualidad el tratamiento de la obesidad se enfoca desde una perspectiva multidisciplinaria que se ajusta a cada paciente, lo que aumenta la complejidad del tema dado que a la dimensión social que conlleva se le suma su aspecto personal tanto médico como psicológico y vincular. Como señala Zukerfeld (2011), el tratamiento debe ser amplio para poder reemplazar la avidez por la comida por otros objetos suplenes más gratificantes, se deben dar condiciones y técnicas de control y autocontrol.

Esta clínica particularmente centra la problemática de la enfermedad y su tratamiento en la adicción a la comida. Ravenna (2004) considera que el vínculo adictivo con la comida implica un comer excesivo y atrapante que se vuelve incontrolable, por lo que considera que la obesidad es una consecuencia de la adicción a la comida. Al analizar las diferentes intervenciones se puede ver que los profesionales apuntan a revertir la relación del paciente con los tres pilares del método empleado que son el corte con la comida, la medida de la porción y la distancia con el objeto de la adicción y la efectividad entendida como descenso y mantenimiento del peso logrado es un resultado de la combinación de estos tres pilares.

Fue notable ver que en el desarrollo de los grupos, los coordinadores facilitaban los comentarios de los pacientes que progresaban en el tratamiento, la concurrencia a los mismos debe ser diaria y nunca inferior a las tres veces por semana. Los profesionales de la institución estimulaban a los pacientes a relatar sus progresos, inician las reuniones grupales resaltando aspectos positivos para reforzar la continuidad, al fomentar la participación buscan focalizar la atención de los pacientes para que adquirieran herramientas de control y funcionen como una red de contención.

Sin embargo las dificultades que se presentaron en esta clínica terminaron siendo las mismas que las mencionadas por los estudios citados ya citados de Vilallonga et al (2008) Denia Lanfunte

(2011) y Sámano Orozco (2001). Todos estos autores hacen referencia a las dificultades del mantenimiento del peso logrado en el mediano y largo plazo, siendo la efectividad general de todos los tratamientos extremadamente baja. El método propuesto por esta clínica tras un abandono del 60% del tratamiento por parte de los pacientes en el tercer mes que suele coincidir con la aproximación al peso fijado como objetivo, muestra una regularidad en la continuación del tratamiento hasta el inicio de los grupos de mantenimiento, del que sólo la mitad logra cumplir la expectativa de eficacia, según los datos aportados por los mismos profesionales de la clínica.

6.2 Limitaciones

Si bien la clínica brinda la posibilidad de un acceso general bastante grande a los grupos mixtos y de descenso, logrando que los participantes entren en contacto directo con la problemática del paciente y su enfermedad, al fin de lograr un análisis aún más abarcativo de cada caso en particular, sería útil la posibilidad de un seguimiento específico a lo largo del tiempo al fin de realizar un estudio longitudinal. Esto se debe a que el tiempo de observación durante la práctica no permite ver la continuidad del tratamiento de los pacientes y sería interesante poder transitar todo el proceso desde que ingresa un paciente en la entrevista de admisión hasta su egreso, con el fin de corroborar la congruencia entre la eficacia percibida a corto plazo y la eficacia real en el mediano y largo plazo.

Aunque hay acceso a varios grupos en general, sería útil poder conocer puntualmente las dinámicas de los encuentros de descenso y de grupos jóvenes, que en la clínica no están previstas en relación a los participantes no pacientes. Tampoco hubo posibilidad de acceder a las entrevistas de admisión ni a las historias clínicas, haciendo que las entrevistas con los pacientes estuvieran demasiado atadas a su subjetividad con menos referentes profesionales de cada caso. Incluso habría sido de gran aporte asistir a las reuniones y/o supervisiones de los profesionales y si bien al principio se dificulta el acercamiento a los pacientes, los espacios comunes de la clínica permiten que se pueda tener acceso y dialogar de modo más cercano en un ámbito informal.

6.3 Perspectiva Crítica

La eficacia de los tratamientos terapéuticos a largo plazo está muy poco estudiada, probablemente debido a la dificultad que conlleva el tratamiento de la obesidad. La variedad de métodos presentes no sólo en el país sino en todo el mundo lleva a pensar que lejos de encontrarse una solución, aparecen nuevos métodos que se reemplazan entre sí en línea con las tendencias médicas de cada momento. La originalidad de esta clínica consiste en que concibe a la obesidad como consecuencia directa de la adicción a la comida, visión que no es compartida por el resto de la literatura.

En cuanto a la eficacia de este método contra la obesidad, debería admitirse que la misma es muy baja y en línea con los demás tratamientos, ya que el 10% de efectividad declarado para los consultantes sólo aumenta al 25% de los que lo inician al restarse de la muestra inicial un 60% que nunca lo empiezan. De esta manera, según lo que dice el director de la clínica, el 75% de efectividad para los pacientes que asisten de manera perfecta a los grupos queda a sujeto a la interpretación del paciente que, para que el método sea efectivo concibe que la asistencia a los grupos mixtos es de por vida, siendo el método efectivo para aquellos que son pacientes y no para los que logran salir de la clínica por haber cumplido su objetivo en el corto y mediano plazo.

Probablemente un aspecto no considerado por estos profesionales pueda ser el abandono del tratamiento de parte de quienes no están cómodos a exponerse en los grupos en gran parte por el estilo directivo y confrontativo de los coordinadores, aunque estos se justifiquen en cuanto a la necesidad de imponer los límites externos que necesita el paciente adicto. A tal fin sería interesante conocer la efectividad de un método que se centre en la reeducación más que en el tratamiento de una adicción por vía de la fijación de límites.

La eficacia de este tratamiento se relaciona directamente a la visión de los profesionales que vinculan el éxito a la actitud más o menos participativa y obediente de los pacientes, sin considerar la posibilidad de elaborar una crítica que apunte a reducir sus abandonos y recaídas, haciendo que el análisis de la eficacia quede atado a un juego de lectura de porcentajes de pacientes incumplidores. Se demuestra de la eficacia percibida es alta sólo el contexto propuesto por la clínica.

6.4 Aporte personal

La efectividad de los tratamientos de descenso de peso es baja y los resultados arrojados por los nuevos métodos no parecen tener éxito en revertirla. Probablemente haga falta una planificación a largo plazo de parte de las instituciones gubernamentales haciendo que la lucha contra la obesidad se transforme en una política de estado ya que la obesidad es una enfermedad compleja, que pone en riesgo la salud y la vida de las personas que la padecen y su entorno cercano.

La cronicidad de la problemática de la pandemia implicaría un tratamiento amplio y permanente con un particular esfuerzo en la prevención y el mantenimiento del peso logrado para los pacientes que hayan necesitado recurrir a algún tratamiento de descenso de peso que, como ya se vio, tiene su costado débil en las recaídas finales. Sería necesario reforzar el trabajo profesional hacia la construcción de una vida sana y con sentido por fuera de la comida, haciendo un seguimiento del paciente incluso por fuera del tratamiento y considerando la posibilidad de realizar reuniones con sus familiares. Para eso resulta importante que los pacientes tengan metas y objetivos trazados que puedan alcanzar durante el tratamiento, más allá de la abstinencia del exceso concebida por la adicción. Esto comprende nuevas formas de relacionarse entre los pacientes hacia ellos mismos y con el mundo que los rodea, siendo que el aprendizaje y manejo de las emociones resulta primordial.

En este sentido probablemente se requiera de una política de estado activa basada en la articulación de acciones multidireccionadas tendiente a obtener logros en el mediano y largo plazo de enfoque salugénico comunitario, más que acciones individuales de parte de instituciones privadas que apunten a tener resultados visibles en el corto plazo que no necesariamente estén vinculados a la efectividad de sus tratamientos.

Referencias bibliográficas

- Amigo Vázquez I, & Fernández Rodríguez C. (2013) El papel del psicólogo clínico en el tratamiento de sobrepeso y la obesidad. *Papeles del psicólogo*. 34 (1), 49-56.
- Ayela Pastor, M.R. (2009). Obesidad: Problemas y soluciones. Madrid. Club Universitario.
- Barbany, M; Foz, M (2002). Obesidad: concepto, clasificación y diagnóstico. ANALES. Ed. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Vol. 25, Suplemento, 1
- Beck, J. & Wright, F. (1999). Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona. Paidós.
- Beck, J. (2000). Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización. Madrid. Gedisa.
- Beck, A.T. (1967). Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New York. Hoeber
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). Trastornos alimentarios. *Manual de psicopatología*. Madrid. McGraw-Hill.
- Briones Garcia, A. & Rincón Morán, J. (2016) Eficacia de los tratamientos para el sobrepeso y obesidad en adolescentes. Universidad Autónoma de Madrid.
- Casado, I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B., & Vidal, J. (1997). Intervención cognitivoconductual 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/view/609/587/>
- CIE-10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. Meditor.
- Cormillot, A. (2008). Cómo adelgazar y mantenerse con el Dr. Cormillot. Buenos Aires. Paidós
- Cormillot, A. (1991). El arte de adelgazar. Buenos Aires. Vergara.
- Cormillot, A. (2015). Obesidad. Recuperado el 16 de Abril de 2017 de www.cormillot.com/diccionario/obesidad
- Denia Lafuente, M. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. En Trastornos de la conducta alimentaria. 14 (2011) 1490-1504. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
- Di Todaro, F. (20 de junio de 2017). Obesità, 2 miliardi in sovrappeso nel mondo. Africa Compresa. *Il Secolo XIX*, pp. 5.

- Eficacia de programa para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad no mórbida en atención primaria y su influencia en la modificación de estilos de vida (11 de diciembre de 2012). *Nutrición Hospitalaria*. 2013;28(1):137-141
- Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad (17 de diciembre de 2014). *Nutrición Hospitalaria*. 2014;30(4):741-748
- Facchini, M. (1999). Obesidad. Abordaje terapéutico general. Guía médica de Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires. SAOTA.
- González, M.J. (3 de mayo de 2017). Presente y futuro de la terapia psicológica de la obesidad. Blogsudima. Recuperado el 15 de junio de 2017 de <http://blogs.udima.es/psicologia/presente-y-futuro-de-la-terapia-psicologica-de-la-obesidad/>
- Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years (12 de junio de 2017) The New England Journal of Medicine. Recuperado el 20 de junio de 2017 de nejm.org
- Hill J.O., Thompson H, Wyatt H. (2005). Weight maintenance: what's missing? J Am Diet Assoc. 2005 May; 105 (5 Suppl. 1):S63-6.
- Marcos Placencia, L. M., Rodríguez Marcos, L., Pérez Santana, M. B., Caballero Riverí, M. (2009). Tratamiento de mujeres con sobrepeso y la obesidad 2007-2008. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 10 (2009) 1054-1068
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional. Barcelona. Paidós.
- Moreno, E. Monereo, M. & Álvarez Hernández, J. (2000). Obesidad: La epidemia del siglo XXI. Madrid. Ediciones Díaz de Santos
- Montero, J. (1997). Obesidad en el adulto. Buenos Aires. D&P.
- OMS. (2016). Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva N°311. Recuperado el 4 de junio de 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ondarza, R. (2012). La epigenética, la otra cara de la genética. Mensaje Bioquímico, Vol. 36, 200-211, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México
- Ravenna, M. (2004). Una delgada línea entre el exceso y la medida. Buenos Aires: Galerna
- Ravenna, M. (2006). La Telaraña adictiva. Buenos Aires: Zeta Bolsillo.

- Ravenna, M. (2007). *La medida que adelgaza*. Buenos Aires: Vergara Resnick,
- Rovira, B. (2006). *Obesidad y Psicopatología*. Recuperado el 30 de junio de 2017 de www.ama-med.org
- Sámano Orozco, L. F. (2011). Abandono del Tratamiento Dietético en Pacientes Diagnosticados con Obesidad en un Consultorio Privado de Nutrición. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. 2011. 31(1):15-19
- Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2008). El enfoque cognitivo conductual. Recuperado el 30 de junio de 2017 de www.saota.org.ar
- Souza da Silva, R. & Tokio Kawahara, N. (2005). *Cuidados pre y post operatorios en la Cirugía de Obesidad*. San Pablo: AGE
- Terapia cognitivo-conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes (11 de diciembre de 2013). *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2014; 52 (Supl 1): 568-573.
- Ventriglia I, Chimirri E, Fernández D, Lareu T. (2015). *Manual para entender y tratar la obesidad otra mirada: Consejos para mejorar la calidad de vida*. Buenos Aires. Del hospital ediciones.
- Vilallonga, L., Repetti, M., Delfante, A. (2008). Tratamiento de la obesidad. Abordaje nutricional. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*. 2008. 28 (2): 63-70
- Yalom, I. (2010). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. Madrid. Paidós.
- Zukerfeld, R. (2011). *Psicoterapia en la obesidad*. Buenos Aires. Letra Viva.