



Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Trabajo Final Integrador

Terapia grupal y obesidad, desde un modelo Cognitivo - Conductual.

Alumno: Quintero, Efrain

Tutora: Dra. Gongora Vanesa

Fecha de entrega: 06/03/2018

Índice

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 Objetivo general	3
2.2 Objetivos específicos	3
3.MARCO TEÓRICO	4
3.1 Obesidad y sus características	4
3.1.2 Causas de la obesidad	6
3.1.3 Epidemiología	9
3.2 Modelos de tratamiento	12
3.2.1 Médicos y farmacológicos	12
3.2.2 Nutricionales	14
3.2.3 Psicológicos y conductuales	15
3.2.3.1 Intervenciones	17
3.3 Terapia de Grupo	19
3.3.1 Terapia de grupo en la obesidad	21
3.3.2 Grupos de mantenimiento de peso	22
3.3.2.1 Intervenciones	25
4. METODOLOGÍA	27
4.1 Tipo de estudio	27
4.2 Participantes	27
4.3 Instrumentos	27
4.4 Procedimiento	28
5. INTEGRACIÓN TEÓRICO PRÁCTICA	28
5.1 Breve descripción de la institución	28
5.2 Características de la terapia grupal en el tratamiento de la obesidad en los grupos de mantenimiento	29
5.3 Aportes que brinda la asistencia a la terapia grupal a los grupos de mantenimiento en pacientes con obesidad	32

5.4 Tipos de intervenciones que realizan los terapeutas a los grupos de mantenimiento para pacientes con obesidad	37
6. CONCLUSIONES	41
6.1 Síntesis del desarrollo	41
6.2 Limitaciones en el trabajo propuesto	43
6.3 Perspectiva crítica	44
6.4 Aporte personal	45
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

1. Introducción

El presente trabajo se llevará a cabo en el marco de la práctica y habilitación profesional que se realizó en una institución ubicada en Capital Federal. En la misma se cumplió la suma de 280 horas de asistencia a los grupos terapéuticos. Este centro terapéutico, se ocupa del tratamiento de sujetos que padecen la obesidad, abordando tanto el descenso como el mantenimiento de peso de los mismos. Su finalidad es que los pacientes puedan bajar de peso, puedan cambiar las conductas disfuncionales y puedan crear otro tipo de vínculo con la comida.

La participación de la misma, consiste en la observación de las terapias de grupo de descenso y mantenimiento, así como la desgrabación de videos y audios. Cabe mencionar q en la institución no teníamos acceso a historias clínicas ni a tener una participación más activa dentro de los grupos y por este motivo la participación de os mismos se restringía a la observación de los grupos de mantenimiento y descenso de peso.

La elección de la pasantía surge como un interés personal por querer conocer de cerca el funcionamiento de una institución que trabaja de manera interdisciplinaria y a su vez el gusto particular por el modelo psicológico de abordaje en la clínica que es el cognitivo - conductual.

2. Objetivos

2.1 General

Describir la terapia grupal para pacientes con obesidad en los grupos de mantenimiento, desde un modelo cognitivo-conductual.

2.2 Específicos

- Describir las características de la terapia grupal en el tratamiento de la obesidad en los grupos de mantenimiento.
- Describir los aportes que brinda la asistencia a la terapia grupal a los grupos de mantenimiento en pacientes con obesidad.
- Describir los tipos de intervenciones que realizan los terapeutas a los grupos de mantenimiento para pacientes con obesidad.

3. Marco teórico

3.1 Obesidad y sus características

La Organización Mundial de la Salud (2016) considera a la obesidad como el almacenaje irregular o exagerado de grasa que puede ser dañino para la salud.

Según Calvo, Escudero, Gómez y Riobó (2012) hay múltiples formas de clasificar la obesidad a partir de las características de la misma; una de ellas es según el número de adipocitos, que es muy variante según en qué zona del cuerpo sea. Para hacer un conteo de la cantidad de adipocitos totales que hay en el cuerpo, hay que calcular la medida del volumen celular de cada una de las partes del cuerpo. Se valora entonces que la cantidad de adipocitos en el cuerpo fluctúa entre 40 y 60 x10 aproximadamente. En función de este criterio se clásica la obesidad en hiperplásica, hipercelular e hipertrófica. Otra clasificación se establece según la distribución o concentración de la grasa, calculando la correlación entre la circunferencia de la cintura y la cadera. De esta manera se establece la obesidad androide, central o abdominal, la obesidad ginecoide o periférica y obesidad de distribución homogénea. Por último, se clasifica la obesidad según la edad; si tiene un inicio temprano (antes de los 18 años), se considera obesidad infantil, de lo contrario entraría dentro de la obesidad adulta.

Por otro lado; Yépez, Baldeon y López (2007) expresan que el almacenamiento de grasa corporal (adiposidad), se atribuye al consumo exagerado de alimentos cuyo contenido energético sobrepasa los requerimientos de energías que un sujeto necesita y que, a su vez, las prácticas sedentarias y el bajo consumo energético dan por consiguiente el aumento de peso; es decir, se come más de lo que el cuerpo requiere y esa energía excedente se deposita como grasa.

Bersh (2006) concuerda en que a obesidad se da por desequilibrio entre las calorías consumidas y las gastadas y añade también que hay otros componentes que influyen en la obesidad, tales como los psicológicos, la depresión, la ansiedad, el consumo de alcohol y los trastornos alimenticios, especialmente el trastorno por atracones.

A su vez Ballabriga (2001) expresa que la obesidad es una condición desfavorable de la salud que se da por múltiples razones, que acostumbra a comenzar en la niñez y la adolescencia y en la que existe un intercambio entre lo genético y lo ambiental, teniendo mayor relevancia la parte ambiental o conductual y se da como producto de un desequilibrio entre lo que se come y las energías que se gastan. Martinez, Moreno, Marques y Marti (2002) refuerzan

esta idea y aseguran que la Obesidad puede estar determinada por la relación entre tres componentes: los componentes genéticos, ambientales (hábitos alimenticios y de actividad física), y psicosociales que interfieren en los distintos mecanismos fisiológicos, del apetito y de cómo se metaboliza la energía que se ingiere. Santos, Martínez, Pérez y Albala (2005) expresan también que existen sobradas pruebas que muestran que la grasa corporal acumulada tiene una raíz genética en la obesidad. A su vez autores como Poletti y Barrios (2007) aseguran que a pesar de que en la obesidad operan factores genéticos, esta está determinada también por factores del medio ambiente, que provocan un desajuste entre el ingreso y el gasto de energía. Explica que dejan de lado las actividades físicas para centrarse en actividades más sedentarias como mirar la televisión o el uso de computadoras.

Por otro lado, la obesidad está asociada a la disminución de los años de vida de quienes lo padecen debido a su alto riesgo de comorbilidad. Dicha enfermedad aumenta las posibilidades de padecer enfermedades como la diabetes, enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, enfermedades respiratorias como la apnea del sueño o hipoventilación, así como hipersomnia e insuficiencia ventricular derecha, también es común que presenten dificultades tanto digestivas como hepáticas y de la piel. Hay un mayor riesgo también de padecer enfermedades neoplásicas como el cáncer de mama, próstata y de ovarios, así como cáncer de hígado, riñón, colon y recto entre otros. (Rodríguez & Martínez, 2002).

Es por esta razón que Gomes (2017) argumenta que debe ser de suma importancia la prevención de la obesidad, la cual debe comprender la vida de los seres humanos desde su nacimiento hasta su adultez, es imprescindible que se lleve el registro correcto del peso del embarazo, debido a que tanto el exceso de peso como la disminución del mismo, pueden repercutir en el feto, aumentando las probabilidades de riesgo de padecer la obesidad por parte del infante. También es necesario promover la lactancia, promover y enseñar buenas costumbres de alimentación y de actividades físicas como realizar ejercicios, dormir la cantidad de horas necesarias diarias, disminuir el tiempo de las actividades sedentarias, como ver televisión o el uso de computadoras, no solo durante la niñez sino continuar con estos hábitos durante la adolescencia y la vida adulta para prevenir la obesidad y el sobrepeso y de esta manera disminuir el riesgo de las comorbilidades que conlleva poseer tal enfermedad desde las primeras etapas de la vida.

Al mismo tiempo Coutinho (1999) manifiesta que se necesita el abordaje de esta enfermedad desde un marco interdisciplinario, debiendo los profesionales, intentar resolver esta problemática de manera responsable y colaborativa buscando integrar las distintas posturas. Este proceso de acercamiento entre los distintos profesionales tiene como finalidad incluir mantenimiento de peso sano, prevenir el aumento de peso, la pérdida de peso y el manejo de comorbilidades

3.1.2 Causas de la obesidad

Hay múltiples factores que pueden desencadenar la obesidad que van desde factores genéticos, ambientales, sociales o endocrinos entre otros que potencian la aparición de esta enfermedad y que se pueden explicar a partir de los siguientes autores. Bell, y Rolls (2003) explican desde la teoría energética que en la obesidad se inicia a ingerir alimentos como consecuencia del hambre, que puede ser provocada por la disminución de los almacenes internos de energía, y se termina a medida que se sacian las exigencias fisiológicas de la obtención de las mismas, entonces, cuando la comida que se ingiere supera al gasto energético de manera prolongada se da por consiguiente el aumento de peso.

Álvarez, Alvarellos, Sandá y Cordido (2011) establecen que la obesidad está relacionada con grandes desajustes en la función endocrina. Se entiende al tejido adiposo como un órgano endocrino con secreción hormonal; el incremento en la secreción de leptina que otorga la sensación saciedad por el adipocito es una alteración característica que provoca que se produzca la obesidad. También Calvo, Escudero, Gómez y Riobó (2012) manifiestan que el hipotiroidismo puede relacionarse con la ganancia de peso corporal o la dificultad para bajar de peso frecuentemente por la retención de líquidos. Hernández, Concepción y Gonzales (2008) indican que se conoce que la insulina, las hormonas anti-insulínicas (GH, catecolaminas, tiroides, glucocorticoides), regulan el metabolismo de los nutrientes; las irregularidades de uno de estos componentes pueden dar por consiguiente la aparición de la obesidad. A su vez dichos autores refuerzan la idea de que la leptina, una hormona que funciona como sintetizador del tejido adiposo, puede inhibir el consumo de alimentos por medio de la secreción de neuropéptidos y actúa comunicando al hipotálamo acerca de la proporción del tejido adiposo que hay en el individuo. En los obesos esta hormona se encuentra alterada, provocando que quienes la padecen sean insensibles a la misma, así, la cantidad de leptina está directamente relacionada a la

cantidad de grasa que hay en el organismo, mientras más lectina se registra en el cuerpo mayor será la cantidad de grasa corporal. Así mismo Gutiérrez y Contreras (2012) explican que el tejido adiposo es una parte importante para el almacenamiento de energía para el cuerpo del ser humano, esta da origen también a la adiponectina, las adipocitocinas y la leptina. En el resultado sensibilizante de la insulina por medio del monofosfato de adenosina dependiente de quinasa (AMPK), interviene la adiponectina, la cual según Palomer, Pérez y Blanco (2005) permiten que el metabolismo pueda estabilizarse ya que inducen al cuerpo a oxidar los ácidos grasos, disminuye los triglicéridos plasmáticos y favorecen al metabolismo de la glucosa incrementando la resistencia a la insulina. Siguiendo con Gutiérrez y Contreras (2012) sustentan que la disminución del efecto de la adiponectina se encuentra relacionado con la resistencia a la insulina, aterosclerosis y dislipidemia. Está demostrada la resistencia a la adiponectina en personas que padecen obesidad y esto puede propiciar el depósito desmedido de lípidos en esta circunstancia.

Se observa también que se han realizado estudios acerca de los hábitos de alimentación en personas obesas y demuestran que éstos suelen excederse en el consumo de alimentos altos en grasa y que, al poseer un alto grado de contenido energético, benefician el almacenamiento inadecuado de grasa en el cuerpo. De igual modo suelen abusar en el consumo de hidratos de carbono, los cuales aumentan la cantidad calórica conveniente de la dieta diaria. Se entiende que las proteínas son más eficaces que los hidratos de carbono para transmitir señales de saciedad al organismo y al centro del apetito localizado en el cerebro, de modo que los individuos que presentan un consumo rico en grasas, comen por lapsos más largos y de manera abundante. (Coutinho, 1999).

El sedentarismo es otro determinante de esta enfermedad, estudios epidemiológicos demuestran que la incidencia de esta patología se origina en mayor cantidad en personas con profesiones sedentarias. (Calvo, Escudero, Gómez y Riobó, 2012). Coutinho (1999) sigue esta línea y refleja que la actividad física se ve reducida en pacientes con obesidad, tanto en personas adultas y adolescentes contrario a lo que pasa con personas no obesas. A su vez el movimiento de urbanización lleva consigo la merma de la actividad física en la población en general, lo que da cuenta de los cambios contemplados en la mala alimentación observados desde hace décadas atrás y establece un indicador más para ilustrar el aumento de la obesidad y sus dificultades.

Un Factor determinante en las causas de la obesidad es el ambiental. Rodríguez (2003) sustenta que es evidente que el hambre puede impedir que aparezca la obesidad o revertirla y a pesar, que la genética tiene un papel fundamental en los individuos, el incremento de la dieta con grandes cargas de grasa y carbohidratos y la manera de vida sedentaria de las personas en los países industrializados o en vías de desarrollo económico, es evidente, demostrando así que el factor ambiental puede estar al servicio en el origen y desarrollo de esta patología. En relación a la problemática recién expuesta, la misma autora relata que en los últimos 20 años se muestra un acrecentamiento epidemiológico de la obesidad que no puede ser explicado solamente por cargas genéticas en los individuos de una población al darse en tan corto espacio de tiempo. En este sentido se comprende entonces que así, como la pobreza ha menguado en países industrializados, del mismo modo ha aumentado en forma paralela dicha enfermedad. Por supuesto que el desarrollo económico de un país trae consigo problemas sociales significativos tales como el aumento del sedentarismo al contar con medios de transporte, elevadores, equipos electrodomésticos varios y podríamos incluir el uso del control remoto y la disposición de tiempo en actividades como ver televisión, o trabajar en el computador, además de restringir el tiempo de actividades físicas solo para momentos determinados y no de manera frecuente. Hay que señalar el papel comercial que tiene la industria en la comercialización de alimentos ricos en calorías y pobres en nutrientes, teniendo estos mismos un fácil acceso y un incremento en la frecuencia de consumición de grasas saturadas y la merma en la ingesta de comidas sanas y balanceadas como las frutas, los vegetales, pescados, cereales, cuyo valor y duración de elaboración es superior al de las comidas saturadas. Todo lo antes mencionado adherido a problemas psicológicos de la era moderna con sus grandes dificultades y conflictos traen consigo el incremento y prolongación de esta problemática.

Finalmente, cabe señalar la presencia de un factor importante en la génesis de la obesidad y que propicia el desarrollo de la misma, como lo es el factor Psicológico.

Fuillerat (2004) expone que hay una importante asociación psicológica y nutricional, jugando la sociedad, un papel preponderante. Esta influye de manera directa en la alimentación y nutrición de los individuos, así como también, interviene en el desarrollo de los procesos psíquicos primordiales y en las relaciones interpersonales. Estas implicaciones psicológicas en muchas ocasiones pueden traer consigo alteraciones a nivel psicológico o nutricional, ya sea por

demasía de alimentos o por escasez, pudiendo la obesidad, generarse en cualquiera de las etapas vitales de un individuo.

Frelut (2011) sustenta que la obesidad puede tener una raíz psicológica; explica que la actitud disfuncional frente a la comida puede verse aumentada por ansiedades a niveles patológicos, alteraciones en el aprendizaje, déficit de atención e incluso alteraciones del sueño. Esto afecta el modo en el cual el organismo se satisface y se sacia, distando de otras personas que no padecen este tipo de disfunciones psicológicas. Otra causa de la obesidad puede ser el trastorno por atracones, esta disfunción conductual alimentaria aqueja al 20% de los adolescentes con obesidad grave y se basa en grandes ingestiones de comida de manera compulsiva, con ausencia de vómitos y relacionadas a una sensación de culpabilidad y soledad. En ciertas circunstancias la obesidad viene a aparecer como una manifestación secundaria a una depresión grave o una disfunción psicótica u oposicional; estas condicionan al sujeto, permitiendo en ocasiones que aparezca la obesidad como un síntoma de estas.

Fuillerat (2004) adhiere al autor antes mencionado y acuerda en que la obesidad tiene implicancias psicológicas disfuncionales trascendentales y que estas afectan a toda la vida del individuo. La depresión, la ansiedad entre otros y la concepción que tiene el sujeto con obesidad de sí mismo, pueden llegar a hacer que el mismo, se perciba como incapaz de controlar sus acciones frente a la comida y al medio que lo rodea, tendiendo a pensar que no podrá cambiar sus estilos de vida disfuncionales a otros más saludables, con lo cual se impide así que pueda emprender o mantener una dieta adecuada.

3.1.3 Epidemiología de la obesidad

La obesidad es una enfermedad que cada día se ve con mayor frecuencia en la población en general del mundo. La Organización Mundial de la Salud (2016) postula que en el mundo la obesidad y el sobre peso se encuentran vinculados a mayor cantidad de muertes que la insuficiencia ponderal. En global se encuentran más sujetos obesos que con un peso menor a la media poblacional. A excepción de África Subsahariana y Asia, esto se ve reflejado en todas las regiones del mundo.

Braguinsky (2002) sostiene que la obesidad es una problemática de la salud pública y explica que en diferentes, investigaciones, la prevalencia en distintas clases sociales y lugares de

toda Latinoamérica oscila entre el 22-26% en Brasil, 21% en Méjico, 10% en Ecuador, 3-22% en Perú, 22-35% en Paraguay, y 24-27% en Argentina, no obstante, estos datos que se reflejan en dichos estudios no pueden ser demostrativos de la población en general. Se ha podido dilucidar también que, en 17 de los 20 países latinoamericanos, la prevalencia de pre- obesidad y obesidad es superior al 20%. Por otro lado, se hallan muestras de que la obesidad en los países latinoamericanos ha aumentado significativamente en los últimos años, siendo el sexo femenino el mayor afectado por esta problemática. Así concluye, el mismo autor, que la metamorfosis en la epidemiología de esta enfermedad, va en aumento.

La Organización mundial de la salud (2016) ha realizado estudios recientes acerca de la prevalencia de la obesidad a nivel mundial y concluye que:

- En 2014, más de 1900 millones de personas mayores de edad, que van desde los 18 años o más, padecen sobrepeso, mientras que 600 millones de ese total padecen o poseen la obesidad.
- A nivel global en el año 2014, en torno al 13% de la población adulta, dentro de los cuales el 11% de personas pertenecen al sexo masculino y el 15% al femenino, eran personas obesas.
- El 39% de las personas adultas de 18 años o más (38% hombres y 40% mujeres), tenían sobre peso en el año 2014.
- Y por último que entre los años desde 1980 y 2014, el número de personas en el mundo con obesidad se ha duplicado. En el año 2014 se realizaron estimaciones en niños menores de 5 años, y se registró que 41 millones de estos niños tenían sobrepeso u obesidad. A pesar de que en años anteriores se pensaba a la obesidad y al sobrepeso como una problemática con mayor incidencia en países con economías preponderantes, en la actualidad las dos patologías van creciendo en países con economías más deficientes, con ingresos bajos y medios, en especial en contextos urbanizados. La cantidad de sobrepeso y obesidad en niños, en países como África va en aumento, se refleja que va de 5,4 millones en 1990 a 10,6 millones en 2014. De igual manera en el mismo año, alrededor de la mitad de los niños que tienen menos cinco años que tienen sobrepeso u obesidad residían en Asia

De igual modo Rodríguez, López, López y Ortega (2011) puntualizan que en los países que se están desarrollando económicamente la prevalencia de la obesidad es mayor en el grupo femenino que en el masculino, se da de modo distinto en los países desarrollados, la variable sexo es cambiante, depende de cada individuo.

Varo, Martínez y Martínez (2002) ilustran que dicha prevalencia está creciendo de manera inquietante y por otro lado los factores de riesgo como la hiperlipemia e hipertensión arterial, tienden a aminorarse.

Los autores Rodríguez, López, López y Ortega (2011) subrayan también que, de manera general, en países como España el sobre peso en la población es del 13%, mientras que en la obesidad es de 34,2%. En otros países como Arabia Saudí, USA, Reino Unido, Polonia, Australia, Canadá y Sudáfrica, se muestran prevalencias superiores (72,5 y 35,6%; 66,3 y 32,2%; 61,0 y 22,7%; 52,2 y 18%; 49,0 y 16,4%; 48,2 y 14,9% y 45,1 y 24%), a su vez países como Japón, China e Indonesia, muestran prevalencia de obesidad menor (23,2 y 3,10%; 18,9 y 2,9% 13,4 y 2,4%). Hay que señalar que en los distintos modos de obesidad sobresale la obesidad de tipo I, viéndose encontrada solamente el 0,2% de personas que presentan obesidad mórbida.

Para reflejar la incidencia de la obesidad en Argentina, los autores Elgart et al. (2010) muestran que en la población adulta el 3,5% poseen obesidad grave o muy grave, dentro de los cuales las mujeres representan el 57,3% y 65,9% para cada tipo de obesidad. Los hombres de manera superior representan un poco más del 11% que padece obesidad de tipo 1. Esta propensión se traduce en la demografía adulta con sobrepeso en 34,8% en la cual el sexo masculino representa el 60% de incidencia. Además, el sobrepeso se incrementa como producto de los años de vida hasta los 49 años, entretanto para la obesidad ese tope se prolonga hasta los 64 años. Estos porcentajes en cuanto a edades posteriores descienden de manera escalonada. Se refleja por otro lado que, el 27% de las personas con rango etario entre 34 y 64 años, presenta obesidad de tipo 3, mientras que en edades posteriores esta prevalencia disminuye a 13,2%.

Cardone, Borracci, Milin (2010) explican que, la prevalencia actual de obesidad en la Argentina es del 20% y por medio de un modelo de simulación se estimó que en el futuro en este país la obesidad será del 25,9% \pm 2,75% (mediana: 26%, rango 18,0% a 32,0%) para el año

2027, lo que equivale para este momento la suma de $5.431.000 \pm 554.000$ obesos (mediana: 5.421.000 personas, rango: 3.60.000 a 6.631.000 personas).

3.2 Modelos de tratamiento

La obesidad es explicada desde múltiples causas como mencionamos anteriormente y a su vez existe una multiciplidad de modelos de tratamiento que permiten abordar, combatir y mejorar esta enfermedad. Es importante recalcar que el ser humano es un ser bio-psico-social, de modo que debe ser tratado y abordado desde distintas posturas que deben ir en sincronía y de la mano para tratar de manera íntegra cualquier problemática que pueda tener una persona.

3.2.1 Médicos y Farmacológicos

Una de las intervenciones utilizadas para el tratamiento de la obesidad es la farmacológica bajo el marco de un modelo médico. Diaz (2012) asegura que a pesar de que con fármacos se puede perder poco peso, alrededor de 2 a 4 kilos en 3 meses, se puede disminuir la aparición de la diabetes alrededor de un 37%; los fármacos, reducen también en los pacientes diabéticos tipo dos que a su vez son obesos, la vulnerabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares e inciden en los distintos estilos de colesterol. Otros de los beneficios que aportan son que suprimen el apetito inhibiendo la recaptación de serotonina y noradrenalina, lo que trae consigo que se produzca el sentido de saciedad, además de aumentar el gasto de energía corporal. A pesar de lo mencionado anteriormente, son más las consecuencias secundarias y negativas que traen que sus beneficios y por ello cada vez más se indica la suspensión de la administración de dichas drogas.

Por su parte Salas, Rubio, Barbany y Moreno (2007) exponen que las indicaciones de los fármacos para la obesidad deben emplearse con principios en los cuales no deba emplearse como un tratamiento apartado, o solitario sino como una manera de tratamiento que compete a otros tipos de tratamiento, como un buen plan de alimentación, actividad física, y cambios en el modo de vivir. Su aplicación debe estar restringido a personas con un índice de masa corporal superior a 30kg/m^2 , o superior 27kg/m^2 si se relaciona con otras enfermedades de mayor peligro y si el paciente no ha logrado el peso ideal implementando las variaciones o cambios en el estilo de vida. Sobre las bases de las ideas expuestas explican estos autores que se dispone de dos

fármacos especiales, que han sido aprobados para su aplicación o empleo, el Orlistat y la Sibutramina, además del Rimonaband que podrá ser utilizado en futuro como otro fármaco para el tratamiento de la mencionada enfermedad. Diaz (2005) explica que “el orlistat es un inhibidor de las lipasas gastrointestinales que impide la hidrólisis de los triglicéridos y produce una disminución del 30% en la absorción de grasas de la ingesta y la sibutramina, que reduce la ingesta calórica y aumenta la saciedad.” (p.141). Asegura que son fármacos eficaces y fiables, al menos los dos primeros años de tratamiento. Generan una disminución en el peso corporal de entre 3 y 5 kg que es mayor el primer año y merma en el segundo.

Por otro lado, existen otros métodos médicos para abordar esta problemática, uno de ellos según explican Aguilar, Ortegón, Villar, Sánchez, García, García y Sánchez (2014) es la actividad física. Existe un acuerdo en la necesidad de aumentar las exigencias en la actividad física. En distintos estudios, se registran distintos efectos positivos en los cuales se muestran pérdidas de peso y se producen cambios importantes en la circulación de la sangre, en el sistema nervioso, estado hormonal y la movilización de lípidos. Estos cambios mencionados tienen relevancia sobre la terapia en la obesidad y la evolución asociados con ella. Esto instaura una diferencia entre los sujetos con vida sedentaria y aquellos que llevan una vida activa.

Dentro del modelo médico de tratamiento, existen otros tipos de abordajes para la obesidad, estos son las cirugías para el descenso de peso (bariátricas). Según Diaz (2012) deben emplearse como últimas opciones cuando ni los fármacos ni la dieta ofrecen cambios en el descenso debido a la alta peligrosidad de la operación. Entre los más conocidos se puede mencionar la banda gástrica ajustable (disminuir el tamaño del estómago) y el bypass gástrico (reducción del intestino).

A pesar de que la cirugía bariátrica es una excelente medida terapéutica para la obesidad en casos de mayor riesgo, el tratamiento médico más conservador como la dieta y la actividad física han demostrado que son eficaces y efectivos en la disminución del peso no saludable, así como en contrarrestar las comorbilidades que cursan con esta enfermedad. Ahora bien, es indispensable que se puedan establecer políticas de salud en donde intervengan grupos interdisciplinarios para acompañar a los pacientes en el transcurso del descenso de peso y su mantenimiento, así como la creación de herramientas que ayuden a prevenir esta enfermedad (Cuevas & Reyes, 2005).

3.2.2 Nutricionales

Es importante que para que se pueda lograr un descenso de peso y se logre combatir la obesidad, sea necesario encontrar en las dietas alimentarias, una herramienta para tratar y contrarrestar dicha enfermedad. Es por ello que bajo los modelos nutricionales se pone el esfuerzo en la realización de una buena dieta balanceada y correcta como método de intervención. Pinto y Carvajal (2006) manifiestan que para que la dieta sea precisa y proporcionada, debe incluir dentro de ella todos los contenidos nutricionales en cantidades suficientes para colmar todas necesidades del individuo.

A su vez, Hernández, Concepción y Gonzales (2008) reflejan también que la intervención dietética es eficaz siempre y cuando sea parte de un programa nutricional balanceado, organizado y diverso con el fin de cortar con el mal hábito alimentario y a su vez propiciar la baja de consumo de calorías. Dentro de estas finalidades se encuentran, la baja de peso, sostener el peso logrado, rebajar la grasa del cuerpo, aumentar la masa magra, fomentar la actividad física diaria y mejorar la salud.

En distintos estudios acerca de la asociación entre la dieta y las patologías en enfermedades crónicas- cardiovasculares, diabetes mellitus, obesidad, algunos tipos de cáncer, osteoporosis, etc. se ha expuesto que la dieta y la salud sin discusión están asociadas. Explica por otro lado que se podría pensar a la dieta como algo de poca solución ya que comer es algo que se debe que hacer diario, sin embargo, esta concepción errónea tiene un punto contrario, puesto que distinto a otros componentes como los genéticos en los cuales no se puede realizar ningún cambio, con esta intervención dietética se encuentran herramientas y posibilidades de modificar y tratar la obesidad como una medida preventiva, de tratamiento y de retraso (Pinto & Carvajal 2006).

Todo tratamiento tiene su objetivo, en este sentido, Gomes (2017) argumenta que, en su inicio, la meta del tratamiento dietético para la obesidad, es el de lograr la disminución del peso en un 10% del total, lo que orienta a mejorar de manera clínica el metabolismo, aunque con el 5% de la baja de peso ya se notan mejorías en la salud. Postula además que no deben utilizarse grandes restricciones en la dieta ni que sean desbalanceadas debido a que provoca ineffectividad a plazo largo y puede conllevar a dificultades en la salud del paciente; dichas indicaciones deben hacerse de manera particular en cada individuo y apuntar a las preferencias de cada cual.

En este sentido podemos mencionar un tipo de intervención dietética como la hipocalórica. Se conoce según Bonfanti, Fernández, Gómez y Pérez (2014) que la dieta hipocalórica ayuda a movilizar la grasa almacenada en el tejido adiposo, lo que ayuda a la disminución del peso corporal y añade que ésta, ayuda a su vez a mantener el peso y a aumentar la masa muscular y que, de manera paralela para su mayor efectividad, es necesario implementar la combinación de las dichas dietas con una secuencia o rutina de ejercicios físicos como complemento. Siguiendo con esta idea, Gómez (2017) agrega que dietas hipocalóricas moderadas son sugeribles en personas con obesidad con un índice de masa corporal que oscile entre 27 y 35 kg/m². Continúa explicando que una buena dieta nutricional recomendada debe estar entre las 1.200 y 1.800 calorías diarias según el sexo y la complejidad de cada individuo. En las dietas hipocalóricas es suficiente con bajar el 30% de las calorías que consume un paciente con obesidad para que se vean resultados significativos. Añade también que en la dieta mencionada debe ser fundamental la inclusión de proteínas, recomendando una cantidad de entre 0.8 g/kg diario y de alto valor biológico, así como carbohidratos complejos; además se debe disminuir la cantidad de lípidos y grasas, en particular las grasas trans o saturadas, así como recomendar el consumo de ácidos grasos como el omega 6 y 3, encontrándose estos en pescados. Expone la importancia de consumir vitaminas y minerales encontradas por ejemplo en frutas, verduras y hortalizas, así como la importancia de tener siempre presente el consumo de agua en cantidades correctas que asegure una diuresis de al menos 1,5 litros/día, esto último representa una de las bases más importantes de las intervenciones nutricionales o dietéticas.

3.2.3 Psicológicos (Cognitivos – Conductuales)

Otro de los modelos para tratar la obesidad son los Psicológicos; dentro de este proyecto se pondrá el foco desde este abordaje, bajo el marco de la terapia grupal y desde el modelo cognitivo conductual. Empezamos, entonces por definir al modelo cognitivo – conductual para luego dar paso a las intervenciones de este modelo aplicados a esta enfermedad.

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) explican que la terapia cognitiva es un método eficaz, organizado y directivo, y de acotado tiempo con el cual se abordan distintas psicopatologías como la depresión, la ansiedad, las fobias etc.; dicho enfoque justifica sus ideas teóricas con la noción de que el sujeto se comporta y piensa de determinada manera por la forma en la que éste organiza el mundo; sus pensamientos o cogniciones, están apoyados en situaciones (esquemas)

que el individuo construye a lo largo de su vida por experiencias previas, por lo cual entenderá todas las situaciones, del modo en el que piensa y organiza su realidad y responderá a las a las nuevas circunstancias en función de esos esquemas creados.

A su vez los mismos autores, Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) reflejan que el modelo cognitivo se diferencia de otros tipos de modelos como el psicoanalítico o el conductual; se opone al primero porque pone el acento en lo que sucede en el “aquí y ahora” y no en aspectos pasados del individuo como la infancia, tal y como hace foco el psicoanálisis, y tiene como uno de sus objetivos conocer lo que piensa y siente el sujeto durante el trascurso de proceso terapéutico, haciendo una distinción del psicoanálisis, que hace interpretación de componentes del inconsciente. Difiere también, del modelo conductual ya que pone el acento en los aspectos de la mente (internos) como los pensamientos, deseos, aspiraciones, etc., y no en los aspectos más comportamentales del individuo.

Saldaña (2002) afirma que existen evidencias de que los abordajes cognitivos conductuales pueden facilitar el tratamiento de la obesidad, aportando estrategias que pueden ser aplicadas para la pérdida de peso en pacientes obesos a corto plazo.

En este sentido, Velásquez y Alvarenga (2001) narran que la terapia conductual proporciona herramientas que hacen posible revertir las conductas e ideas que imposibilitan realizar una dieta adecuada y aumentar la actividad física en pacientes con obesidad. Las técnicas de autocontrol son esenciales en el tratamiento cognitivo conductual en la obesidad, estas permiten al individuo reconocer y dominar sus actos inadecuados; esto le facilita estar más consciente de las consecuencias de sus actos y a frenar conductas disfuncionales.

Sánchez y Fernández (2002) aseguran que la terapia cognitiva conductual puede ser utilizada para dirigir y cambiar los hábitos conductuales de ingesta, así como promover un cambio conductual que haga frente a las actividades sedentarias con la finalidad de propiciar la pérdida de peso. Las técnicas como el control del estímulo, el cual está enfocado a limitar la accesibilidad a alimentos no saludables y la búsqueda de conductas alternativas que impidan la sobre ingesta de alimentos son algunas de las técnicas que forman parte de la terapia cognitiva conductual, la cual suele realizarse en formatos grupales.

Loreto et al. (2014) sostienen que existen estudios que avalan que las personas obesas se ven beneficiadas con la aplicación de estrategias de intervención cognitivas conductuales, estas técnicas individuales o grupales, son eficaces para disminuir el peso corporal y la combinación

de las mismas con dietas nutricionales y ejercicio físico aumentan su utilidad y eficacia. Estas técnicas deben apuntar a conseguir cambios en el estilo de vida de manera prolongada para que el individuo que padece esta enfermedad pueda reconocer y mantener patrones alimenticios saludables, así como el control del estrés y el mantenimiento de actividades físicas que propicien el bienestar físico del sujeto.

Reynoso (2005) fundamenta que estos modelos cognitivos - conductuales tienen como finalidad, provocar en el individuo cambios de conducta en situaciones determinadas, buscando relaciones entre la conducta y los componentes que ejercen control sobre ella; tendiendo a dirigir su interés en la desadaptación del acto mismo. Estas conductas desadaptadas, entiende el modelo, que se dan como consecuencia del aprendizaje adquirido, de la misma manera en cómo otro conocimiento o aprendizaje es interiorizado. Entiende que el medio ambiente influye de manera directa en el modo en cómo se comportan los individuos y no centra su fin en propiciar la reorganización o reestructuración cognitiva del paciente, sino que su inclinación estará puesta en los problemas conductuales específicos que intervienen en el funcionamiento del sujeto. Así, el modelo cognitivo - conductual buscará articular estos dos enfoques, con el fin de intervenir y encontrar una solución más integra al problema que aqueje al paciente.

3.2.3.1 Intervenciones

Las intervenciones cognitivas conductuales, estarán por un lado enfocadas en la realización de cambios conductuales desadaptados, ya sea por aprendizaje, por medio de modelados, por refuerzos, por aprendizaje de habilidades sociales entre otras y por otro lado en la consecución de cambios cognitivos internos; buscan cambiar la manera en cómo los sujetos entienden la realidad, intentan identificar las distorsiones mentales y apuntan a la reestructuración de esas ideas disfuncionales. (Caballo, 1998). Estas intervenciones cognitivas - conductuales son funcionales para el abordaje de la obesidad. Coutinho (1999) sostiene que una de las intervenciones para abordar esta enfermedad, es el Auto-Monitoreo, el cual consiste en tomar conciencia y registro minucioso de los alimentos que se consumen a lo largo del día y las circunstancias en las que se han realizado. Esto permite que el sujeto pueda tomar conciencia acerca de las causas que lo llevan a caer en el consumo de alimentos no saludables, lo cual propicia la implicación adecuada al tratamiento. Esto le permite al individuo tener datos certeros

acerca de las mejoras que obtiene en su conducta y pensamiento, favoreciendo la propia motivación del paciente

Por otro lado, las intervenciones que implican el control del estímulo: ayudan de forma destacada a la resolución en las terapias de adelgazamiento, debido a que previene las situaciones en las que se suele comer en exceso. Los sujetos en esta intervención, son educados a separar las actividades de alimentación con otras que no tienen relación con esta (ver televisión, trabajo o de otra naturaleza), para que haya conciencia de acción al momento de alimentarse sin que exista otro tipo de distractor (Vázquez & López, 2001).

Las habilidades sociales necesitan entrenarse si no se poseen, y como finalidad tienen el desenvolver la capacidad de expresar los afectos y sentimientos, la capacidad de desarrollar límites y de tomar conciencia de sus derechos y de aceptar y enfrentar las críticas, entre otras. Esta contrastado de que estas habilidades propician el desarrollo de una buena autoestima y permiten acrecentar y apoderarse de mayores recursos de afrontamiento ante situaciones estresantes, estas situaciones estresantes, producen ansiedad y tristeza, lo que conduce en la mayoría de las veces a conductas de alimentación errónea (Coutinho, 1999).

El desarrollo de otras habilidades de manejo de dificultades tiene que ver con, cultivar y ejercitar conductas que resulten alternativas a comer, habilidades sociales, adiestramiento para tener un manejo y control de estrés y la resolución de problemas, regular los estados afectivos y a su vez prevenir y estar alerta a las recaídas. (Lafuente, 2011).

La reestructuración cognitiva es otra intervención útil en el abordaje de la obesidad, esta se utiliza según Vázquez y López (2001) para reconocer pensamientos sentimientos relacionados con la incapacidad para dilucidar las mejorías del tratamiento, ayudan al paciente a determinar sus expectativas erróneas y demasiado optimistas y realistas en relación a su imagen corporal y su peso real. Coutinho (1999) en esta línea, puntualiza que, los pensamientos disfuncionales llevan a realizar comportamientos que no son acordes a las pautas implementadas en el proceso terapéutico. Estos pensamientos erróneos son desadaptativos, cuando distorsionan la realidad. El trabajo terapéutico debe consistir entonces, en eliminar los patrones de pensamientos disfuncionales como el pensamiento dicotómico o “todo o nada”, que hace difícil la pérdida de peso corporal debido a que frente a la equivocación o falla en las indicaciones terapéuticas, existe una predilección a abandonar de modo temporal algún plan de adelgazar. Las ideas erróneas acerca de lo que es una dieta balanceada o equilibrada deben modificarse, debido que

con frecuencia los pacientes tienden a eliminar de la dieta, alimentos que son saludables. Hay estudios que demuestran que esta herramienta de intervención permite al paciente cambiar su mal modo de pensar y le permite tener ideas realistas respecto a su peso e imagen corporal.

Otro modo de intervenir por medio de los terapeutas cognitivos - conductuales son las clásicas recompensas utilizadas en los modelos conductuales, estas pueden ser utilizadas para impulsar al paciente a que siga logrando sus metas propuestas, fundamentateme, aquellos objetivos difíciles de conseguir. (Vázquez & López 2001)

Es indispensable establecer estrategias para aumentar y mantener la motivación, de modo que las acciones de los pacientes sean imprescindibles para el mantenimiento del descenso de peso. La motivación cumple una función primordial en este proceso, permitiendo la implicación del paciente en el tratamiento. Una estrategia que se puede utilizar de manera eficaz es la del “contrato comportamental” en las que existe un compromiso entre el terapeuta, o sus semejantes (en caso de terapia grupal); esto motiva el comportamiento para disminuir el peso corporal y establece una implicación de responsabilidad y compromiso consigo mismo y con la terapia (Coutinho, 1999).

Partiendo de los supuestos anteriores, es evidente que es necesaria la prevención de futuras recaídas. Esta, es una elaboración permanente que parte de la idea de mantener y bajar el peso, permitiendo que se eviten los abandonos de tratamiento, Sin embargo, debido a que la terapia psicológica no cura la obesidad, es necesario que el esfuerzo en caso de recaída vaya dirigido a la prevención secundaria que es la recuperación del peso perdido (Vázquez & López, 2001).

3.3 Terapia de grupo

Los grupos nos constituyen desde nuestro nacimiento, desde nuestros comienzos somos partícipes de distintos grupos sociales, pasando por la familia (el grupo primario), y luego la vida grupal que se desarrolla a lo largo de la adolescencia, en donde se irán forjando las subjetividades de cada individuo y la personalidad de los mismos y posteriormente en la vida adulta y laboral entre otros (Vaimberg & Lombardo Cueto, 2015). El mismo autor, Vaimberg (2012) argumenta que las psicoterapias ejercen en una función importante en el grupo porque obran como estímulos emocionales que influyen en los miembros y se utilizan como medios para reforzar el proceso terapéutico.

En ese sentido para que la terapia de grupo sea eficaz es necesario que, como en todo grupo exista la cohesión, esta es una de las particularidades más importantes para que el grupo terapéutico se sostenga y tenga éxito. En este contexto, el concepto de cohesión grupal hace referencia a lo que hace que el grupo se mantenga unido, las costumbres, ideas, problemáticas, etc. Los integrantes de un grupo con cohesión, establecen relaciones afectivas que generan que en el grupo haya sentido de pertenencia y de colaboración y preocupación mutua. Como sucede en la terapia individual expone el autor la cohesión grupal sería el equivalente a la relación que se forma entre terapeuta y paciente y que esta manera de comportarse dentro del grupo y que genera cariño o estima entre sus miembros, le permitirá al individuo desarrollarse de un modo más adaptativo en su vida social fuera de él. El comportamiento social exigido a los miembros para gozar de la estima de un grupo cohesivo también resultará adaptativo para el individuo en la vida social que mantiene fuera del grupo (Vinogradov & Yalom, 1996).

Las intervenciones antes mencionadas, se pueden dar tanto en un contexto de terapia individual como grupal. Vinogradov y Yalom (1996) comentan que terapia de grupo es la adaptación de las técnicas psicoterapéuticas a los pacientes de manera grupal. En la terapia individual un profesional fija un contrato con el consultante y con fines terapéuticos interviene de manera verbal y no verbal con la finalidad de atenuar la molestia que el paciente aqueja. En la terapia grupal sirve como intervención tanto la interacción entre los miembros del grupo (paciente- paciente) como la interacción terapeuta-paciente, es decir que el grupo sirve como intervención en sí mismo, permitiendo que sea un dispositivo de cambio para cada uno de los miembros. Los grupos terapéuticos abarcan un marco amplio, y otro de sus objetivos son disminuir síntomas y provocar cambios conductuales y de carácter.

Con frecuencia, introducir al paciente en un dispositivo de terapia de grupo, argumenta Coutinho (1999), hace posible que los miembros del mismo, opten por comportamientos distintos en las circunstancias en las cuales se origina una alimentación errónea, estos programas grupales, permiten que se produzca un modelo de conducta compartida que se vea reflejada en todos sus miembros, lo que conlleva a un incentivo y refuerzo para que se generen los cambios necesarios. Estos dispositivos permiten que las habilidades que se van incorporando y aprendiendo se vayan arraigando y se hagan hábitos en los sujetos permitiendo que se mantenga el descenso o el mantenimiento del peso. A su vez el grupo terapéutico permite formar redes de

apoyo emocional y de colaboración conjunta lo que ayuda y promueve el buen resultado de la terapia.

3.3.1 Terapia de grupo en la obesidad

La terapia de grupo en la obesidad se rige bajo las estrategias de intervención de la terapia cognitiva- conductual, éstas establecen una serie de cambios en los patrones conductuales de alimentación, en la actividad física, las falsas concepciones que colaboran con el aumento de peso y en concreto, persuadir al paciente de que implementar cambios de sus modos de vivir les traerá beneficios en todos los niveles de su vida. La terapia de grupo deberá insertar registros alimenticios y de las situaciones que propician a consumir alimentos de más o no prescritos en terapia, así como programas de actividad física como instrumentos fundamentales de a terapia conductual. Para estas intervenciones es necesario el trabajo interdisciplinario, nutricionistas, psicólogos, o entrenadores físicos que ayuden a los pacientes a entrar en una dinámica de pérdida de peso en sus entornos grupales e individuales. (Salas, Rubio, Barbany & Moreno, 2007).

En los grupos terapéuticos de la obesidad , las personas que lo configuran, se cohesionan en gran medida por compartir la misma problemática, esto les permite identificarse y ser solidarios entre sí y se acompañan mutuamente; esto hace que los procesos terapéuticos enfocados a la baja y mantenimiento del peso sea más llevadero y eficaz; además el grupo provoca en sus miembros un sentimiento de compromiso y responsabilidad compartida lo que lleva a que los objetivos propuestos en la terapia se lleven a cabo en mayor medida. (Ravenna, 2005).

Vilallonga, Repetti y Delfante (2008) por su parte, muestran que la terapia de grupo permite que el individuo se sienta más a gusto con sus semejantes y de esta manera este más atento a la realización correcta de su dieta. Esto sucede debido a que las confluencias a los grupos tienen una constancia semanal. En las mismas se realizan controles del peso corporal, los miembros del grupo comparten sus vivencias durante la semana, sus inconvenientes y éxitos, se ponen de manifiesto una y otra vez los modos correctos de alimentación, se hace psicoeducación de esto último, se elabora la imagen corporal correcta, se charla acerca de las razones por las cuales se producen las emociones que conllevan a los malos hábitos de ingesta, se promocionan los cambios en los hábitos y modos de vivir y se motiva a que se realice actividad física como método de tratamiento.

Continuando con el anterior planteamiento, en las sesiones grupales, las metas del terapeuta están puestas en fomentar un buen clima de trabajo. Esto se consigue mediante caldeamientos en grupo en donde el terapeuta exhorta a los miembros del grupo a que cada asistente hable acerca de sí mismo, explicita su peso diario, y que estos puedan comunicar acerca de su estado actual emocional y conductual buscando así mayor cohesión grupal, el cual es vital para que el grupo terapéutico se mantenga en pie. En cada reunión terapéutica se laboran las habilidades interpersonales, las emociones, así como las estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes. El tratamiento de la terapia grupal va cambiando a lo largo de todo el tratamiento, en un principio, los integrantes del grupo asisten a los mismos, con la finalidad de tomar conciencia y de alejarse del mal vínculo con la comida y de los estilos de hábitos que no son acordes con el de mantener y descender a un peso saludable. (Marcitllach & Fernández, 2014).

Por último, Salas, Rubio, Barbany y Moreno (2007) señalan, que a pesar de que la disminución del peso propicia el mejor funcionamiento de aspectos psicológicos como la imagen corporal, autoestima, y las relaciones interpersonales, a menudo el desarrollo de una dieta puede acarrear problemas de ansiedad, de ira, irritabilidad, depresión cuando no se cumplen los objetivos propuestos. Es por ello que estas situaciones deben ser anticipadas y explicadas desde el inicio de la terapia como medidas preventivas. Llegados a este punto, los métodos cognitivos – conductuales, están dirigidos a desplegar nuevas herramientas de alimentación, como masticar lento, servirse raciones más chicas, no comer mientras se realizan otras actividades, modificar concepciones erróneas que alteran las acciones, pactar comportamientos que incluyan recompensas, aprendizaje de métodos de auto control de la sobre alimentación y la prevención de recaídas.

3.3.2 Grupos de mantenimiento de peso

Una vez se ha realizado con éxito el descenso de peso por medio de alguno de los métodos antes explicados, se pasa a una nueva etapa que es el mantenimiento de peso. La real academia española (2017) define mantener como “sostener algo para que no caiga o se tuerza”. En este caso, hablando del mantenimiento de peso, Ravenna (2005) habla que cuando se finaliza la etapa de descenso de peso, comienza otro trabajo más difícil que implica la relación entre el miedo a volver a aumentar de peso y el deseo de mantener el peso logrado. Una persona

que ha bajado muchos kilos tiene como prioridad realizar un control diario de su peso, mantener una dieta equilibrada, y realizar actividades físicas como correr, nadar, trotar etc., de este modo el organismo puede gastar contenido energético, ganar masa muscular y generar hormonas de bienestar (endorfinas). Sin actividad física es posible bajar de peso, pero es más complicado mantenerlo. Deberá entonces comprender que ni el mantenimiento de peso ni ninguna faceta de la vida se mantiene sin esmero y esfuerzo.

La obesidad es una enfermedad crónica que muchos argumentan es para toda la vida como sucede con el alcoholismo. En la adicción a las bebidas con contenido alcohólico, al erradicar y evitar la exposición a las mismas, se puede controlar de manera exitosa en muchos casos, pero la obesidad, al tratarse de una enfermedad en la que no se puede evitar alimentarse ya que es necesario para vivir, es imposible no estar en exposición diaria a los estímulos que generaron el problema desde el inicio; lo que lleva a entender que para que el mantenimiento de peso a largo plazo sea exitoso, es necesaria una aceptación de que se tendrá un problema para toda la vida y que debe haber responsabilidad y compromiso para dominar la génesis de la cuestión. (Amzallag, 2000).

EL sujeto que se encuentra en la etapa de mantenimiento debe aprender que la única herramienta que tiene a mano, es la alarma que resuena en su mente cuando ha subido 2 o 3 kilos. Esto suele comprender alrededor de un mes de desajuste en la dieta y en las conductas, el individuo debe aprender a reconocer esas variantes en la conducta para que los kilos no se les vayan a números no manejables. Estas variantes o desvíos en la conducta alimentaria, se elaboran y se tratan de manera preponderante en los grupos de mantenimiento con el fin de que todo lo conseguido hasta el momento no se pierda, sino que pueda ser resignificado para el futuro (Ravenna, 2005).

La terapia de grupo también debe estar enfocada a que los sujetos de manera individual o grupal establezcan rutinas de entrenamiento o actividad física a sus rutinas diarias de vidas. Salas, Rubio, Barbany y Moreno (2007) subrayan que los sujetos deben aumentar la cantidad de tiempo de actividad física, recomendando un tiempo estimado entre 45 a 60 minutos. Pero para mantener la pérdida de peso por periodos extensos de tiempo es, indispensable que se ejecute con ahínco y entusiasmo. Se indica pues para contribuir a los pacientes a seguir patrones de vida salugénicos de resultados inmediatos y para el futuro de una vida sana. Si a esto se agrega una

buena dieta balanceada, el mantenimiento de peso de los pacientes puede prolongarse a largos extensos de tiempo. (Amzallag, 2000).

En la medida que el curso de la terapia continua, y los pacientes se aproximan a un peso ideal o saludable, los pacientes, junto con el terapeuta o coordinador buscan construir distintos y nuevos hábitos de ingesta, así como la percepción física y mental de nueva de una persona delgada. (Marcitllach y Fernández, 2014).

Una vez se alcanzan los objetivos del adelgazamiento de peso; el objetivo siguiente es estabilizar y mantener el rango de peso ideal conseguido y un nuevo estado conductual y cognitivo saludable, que implique además un trabajo profundo para reconocer y aceptar la nueva imagen corporal que se da como resultado de la delgadez. Por lo cual lo central del tratamiento en estas instancias terapéuticas grupales, deben estar enfocadas en sostener el pensamiento y el compromiso propio de hacer del mantenimiento de peso un proyecto de vida, el cual es el objetivo o la meta anhelada de los miembros del grupo en su mayoría (Ravenna, 2005).

Todos los aspectos antes mencionados toman mayor importancia cuando los sujetos logran entrar a la etapa de mantenimiento del descenso del peso, en la cual, se pone en práctica las técnicas de autocontrol, actividad física diaria, ingesta correcta de alimentos, afrontamiento a situaciones estresantes etc. que serán indiscutiblemente las herramientas que ayudarán a que se conserve el mantenimiento. Aunque se tomen estas medidas para cambiar el estilo de vida a largo plazo, estos cambios de manera permanente son acotados, aunque si bien no se pueden establecer garantías de cura, estos métodos de intervención son más eficaces que si se emplean otras herramientas que no van enfocadas a cambiar el modo de vivir de las personas. (Salas, Rubio, Barbany & Moreno, 2007).

En los grupos de mantenimiento se elabora la relación disfuncional con la comida que cada paciente ha tenido en la historia de su vida y de la etapa del tratamiento recién superada, del descenso de peso, en esta elaboración, los miembros muestran las dificultades que han tenido, las recaídas, la alegría de lograr los objetivos propuestos, los logros que han podido sostener y aquellos recursos que se han perdido o disminuido para volverlos a reforzar. Estos grupos de mantenimiento de peso, buscan reescribir una historia nueva en el sujeto, una historia de delgadez. Para sostener la delgadez es necesario que las imágenes corporales antiguas (de obesidad), que los sujetos tienen aún de si, vayan desapareciendo y sean parte del pasado, de un recuerdo, haciendo hincapié en el presente e instaurando una nueva identidad, ajustadas a un

nuevo cuerpo, nueva ropa e inclusive nuevo modo de ver la vida. La relación terapéutica en esta instancia es entonces, una relación de intercambio entre los miembros del grupo y el terapeuta que tienen un objetivo y una debilidad en común: la comida (Ravenna, 2005).

Finalmente concluye, Vilallonga, Repetti y Delfante (2008) que la terapia de grupo en la obesidad es funcional al tratamiento para el descenso y el mantenimiento de peso.

3.3.2.1 Intervenciones

Las intervenciones cognitivas conductuales son aplicadas a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico, ya sea en etapas de descenso de peso o de mantenimiento, en este apartado se mencionarán las intervenciones utilizadas para el tratamiento de esta enfermedad además de las ya mencionadas anteriormente, pero enfocadas en la etapa del mantenimiento de peso.

Un punto importante en esta etapa del mantenimiento es la motivación del paciente, el terapeuta debe estar atento a cualquier factor que pueda influir en la motivación del sujeto de manera negativa, puesto que este, se puede ver, en muchas ocasiones frustrado por no poder mantener la conducta saludable lograda, trayendo resultados negativos al tratamiento y ocasionando la regresión a las actitudes disfuncionales alimentarias que ya han sido superadas en gran medida. En este punto sigue sustentando, Lafuente (2011) una de las intervenciones que pueden ser utilizadas para este propósito pueden ser las entrevistas motivacionales, como un complemento añadido a los métodos que ya se utilizan en grupo. Su finalidad es fomentar la eliminación de las resistencias a los nuevos cambios, puesto que la acción natural es volver a aquellas conductas conocidas y encontradas en la obesidad. Procura también fortalecer aún más el vínculo terapéutico con el paciente y buscar que este pueda equiparar las consecuencias positivas que ha conseguido contra las negativas que puede llegar a conseguir si se pierde el objetivo del mantenimiento. Buscará crear también una disonancia cognitiva conveniente para fijar una sensación de incongruencia, logrando así que el sujeto pueda revertir el pensamiento disfuncional y se promueva con ello, el aumento de la motivación.

En esta etapa del proceso terapéutico llamada mantenimiento, los psicólogos buscan que los pacientes adquieran o incrementen el autocontrol y la autoestima, esto permite que el individuo pueda contrarrestar cualquier acción o pensamiento disfuncional que ponga puesta a prueba al sujeto frente a la comida (Alvarado, Guzmán & González; 2005)

Lafuente, (2011) propone a su vez como modo de intervención los focos de trabajo: estos implican el trabajo e incremento de factores como la autoestima, actitud ante las críticas, valoración de las fortalezas, la tolerancia, desarrollar el sentido de autoeficacia, imagen corporal y refuerzo de logros.

Ravenna (2005) explica que una de las intervenciones utilizadas tanto en la etapa de mantenimiento como en la de descenso es la desdramatización, buscan eliminar las maneras de pensamiento rígido que los pacientes han llevado a lo largo del tratamiento, dramatizando todas aquellas nuevas situaciones que les vayan surgiendo dotando ideas catastróficas a situaciones que no lo son. El foco estará puesto en modificar estas ideas de pensamiento hacia ideas más acordes a la realidad.

Por otro lado, el seguimiento de la evolución del paciente debe estar presente siempre como un instrumento de monitoreo con el paciente y con el grupo, esto permite tener un feedback de los cambios producidos a lo largo del tratamiento y los que ha logrado mantener en la nueva etapa del mantenimiento, esto puede conseguir mejores resultados. El contacto continuo mediante telefónica, correo electrónico, llamadas o en los mismos grupos terapéuticos favorecen la capacidad de autorregulación del paciente por el contacto con el terapeuta o los miembros del grupo (Lafuente, 2011).

Otro método de intervención que utilizan los terapeutas en mantenimiento es enseñar técnicas de relajación con el objetivo de dar herramientas a los pacientes para rebajar tensiones o ansiedades producidas por otras situaciones ajenas al tratamiento o generadas por la misma conducta alimentaria por miedo a perder el control de sus impulsos. Se implementan para generar en los pacientes un motivo para que sea practicado en sus actividades diarias, en casa, trabajo u otro ámbito, para que el estrés u otro factor no sean motivos de una sobre alimentación (Alvarado, Guzmán & González, 2005).

El trabajo del terapeuta en esta etapa y en el descenso, debe ser la de desafiar al paciente, sus conductas, sus ideas o creencias, buscando otorgar al paciente nuevas rutas posibles para esos pensamientos y modelos de conducta que emplea de manera habitual, por lo cual, utiliza como método de intervención el auto-cuestionamiento. Esto implica que el sujeto, incremente el grado de conciencia que tiene de sus propias acciones habituales, que explore y reconozca los sentimientos y pensamientos disfuncionales en la ingesta inadecuada, que pueda reemplazar las ideas desacertadas por otras más adecuadas (Larrañaga & García, 2007)

Por último, está la intervención de la reestructuración cognitiva, la cual tiene como finalidad, cambiar las ideas o pensamientos irracionales y negativos por ideas positivas y racionales, se busca mediante esta intervención, la modificación de errores en la autopercepción y el procesamiento adecuado de la información. Esto permite que se manifiesten nuevas conductas y el dominio de nuevas situaciones que antes eran perturbantes (Alvarado, Guzmán & González, 2005).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo-Estudio de caso

4.2 Participantes

El estudio consta de tres grupos de personas que participan de la terapia grupal en el centro, cuya duración es de 1 hora y media. Los grupos están conformados por un aproximado de 15 a 20 personas. Los grupos son coordinados por dos psicólogos que cuentan con años de experiencia trabajando en la clínica y de ejercer como profesionales. La mayoría de los participantes son del sexo femenino.

4.3 Instrumentos

Observación no participante de terapias de grupo en una clínica que se dedica al tratamiento de la obesidad.

Entrevistas semi-estructuradas a los coordinadores de los grupos de mantenimiento (psicólogos) que trabajan en el centro terapéutico. Se indagó acerca de las características que presenta la terapia de grupo para el mantenimiento del peso y a su vez se buscó establecer diferencias con las características de los grupos de descenso. También se buscó por medio de este instrumento, establecer diferencias en cuanto a las intervenciones por parte de los coordinadores entre ambos grupos (descenso y mantenimiento).

Por otro lado, se realizaron distintas entrevistas semi-estructuradas a los pacientes de los grupos terapéuticos con el objetivo de recopilar información acerca de los beneficios que les trae la asistencia a los grupos terapéuticos.

4.4 Procedimiento.

Se observaron y se tomaron notas de las terapias grupales de manera semanal cuya duración es de 1 hora y media.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a los psicólogos de la institución con una duración alrededor de 15-20 minutos y a su vez se realizaron distintas entrevistas semi-estructuradas a pacientes que participen de los grupos de descenso de la institución, las cuales duraron alrededor de 15 minutos cada una. Las realizaciones de las mismas apuntaron a conocer los aportes, las características y las distintas intervenciones llevadas a cabo durante el proceso terapéutico y estuvieron realizadas bajo el consentimiento informado.

5. Integración Teórico Práctica

5.1 Descripción de la institución

La institución descrita a continuación y en la cual se realizó la práctica profesional, es un centro terapéutico dedicado al tratamiento de trastornos o disfunciones alimentarias, en especial de la obesidad. Su meta principal es poder cambiar los hábitos y el mal vínculo con la comida de sus pacientes, con bases en la creación de conciencia y el establecimiento de límites a las conductas excesivas respecto del alimento y mejorar la calidad de vida de los pacientes por medio del descenso de peso y disminuir los riesgos de la enfermedad en sí misma y de otras que pueden ser perjudiciales y en algunos casos mortales.

El centro propone una dieta hipocalórica, esto quiere decir que debe implicar el consumo de la menor cantidad de calorías que el organismo necesita por día. Esta dieta es monitoreada de manera diaria en los grupos terapéuticos y además se lleva un control del peso antes de entrar a al dispositivo grupal.

La institución aborda estos desórdenes alimentarios bajo un marco interdisciplinario, el cual cuenta con el trabajo de médicos, psicólogos, psicoterapeutas, nutricionistas y profesores encargados de la educación física. Además, cuentan con un repertorio de actividades destinadas a la implicación de la actividad física, dentro de estas están: las clases de yoga, ejercicios aeróbicos, clases de baile y otras actividades grupales que fortalecen el vínculo entre los pacientes de la institución.

Esta institución cuenta con distintos dispositivos grupales, bajo el marco de la terapia cognitiva conductual, aplicadas ya sea para el descenso de peso como para el mantenimiento del

mismo. Los grupos están propuestos en distintos horarios que van desde las 7:00 de la mañana hasta las 9:00 de la noche, está abierta todos los días, de lunes a domingo y los distintos grupos están organizados de manera intercalada, entre grupos de descenso y de mantenimiento. El mismo cuenta con distintos centros en vario puntos del país lo que facilita el acceso al mismo de los pacientes y la continuidad en el tratamiento si alguno de los pacientes tenga que salir de la capital hacia algún punto del interior del país.

5.2 Características de la terapia grupal en el tratamiento de la obesidad en los grupos de mantenimiento.

Una vez cumplida la etapa del descenso de peso en el cual se buscó establecer un peso saludable acorde a cada sujeto, llega el momento de mantenerlo y con ello se pasa a otra etapa: la etapa del mantenimiento. Esto implica cambios en todos los órdenes del proceso terapéutico, médico o nutricional y/o psicológico.

En una ocasión, en un grupo de mantenimiento, se pudo observar a una paciente que llevaba alrededor de mes y medio en la etapa de mantenimiento decir: “He subido un kilo y lo quiero decir en grupo, no me he dado cuenta que he cambiado las conductas buenas que venía teniendo y deje de pesarme, no sé por qué, solo dejé de hacerlo quizá por alguna confianza falsa y ayer que me pesé me di cuenta que había subido, y entonces fue que me di cuenta que estaba haciendo las cosas mal, comiendo cosas que no debía, dejé de tomar la cantidad de agua necesaria y agrandé las porciones más de lo normal”. Se puede observar entonces, que es característica la importancia que existe en esta etapa, en la cual, los sujetos se encuentren en un nuevo momento desconocido para ellos, producto de la delgadez, que uno de los objetivos propuestos sea el de brindar herramientas a los miembros del grupo para que estos puedan aprender a identificar aquellos estresores, indicadores o situaciones en las que se vean tentados y puedan tener recaídas que los lleven a volver a aumentar kilos. Una de las coordinadoras explicaba en una de las entrevistas que “es normal que lleve un tiempo de ajuste acostumbrarse a esta nueva etapa desconocida, y que la balanza puede servir de alarma para darnos cuenta cuando hay algo que no estamos haciendo bien”. Este proceso puede llevar un tiempo considerado al inicio de esta etapa por lo cual el sujeto debe aprender a ajustar sus acciones a este nuevo estado de delgadez, dejando de lado la imagen, las ideas y las actitudes de la etapa de descenso tal y como sustenta (Ravenna, 2005).

Participar de estos dispositivos grupales permiten que quienes lo conforman opten por comportamientos diferentes, haciendo así que se originen modelos de conductas compartidas que se ven reflejadas en todos sus miembros, formando redes de apoyo emocional, de compromiso compartido y de colaboración conjunta, lo que promueve que el paciente mantenga acciones adecuadas que le permitan mantener el peso (Coutinho, 1999). En una de las entrevistas, a uno de los psicólogos que coordinan los grupos de mantenimiento, manifestó que la terapia de grupo en esta etapa es “fundamental el grado de compromiso que se generan en los grupos terapéuticos, debido al grado de cohesión, esto permite que todos jalen hacia el mismo lado, al mismo tiempo, hace posible que los objetivos se logren en mayores pacientes y con mejores resultados que si se hiciera de manera individual”. Esto se produce ya que el individuo siente una responsabilidad ya no solo consigo mismo, sino con el grupo que espera el mismo grado de responsabilidad y compromiso en cada uno de sus miembros. Esta cohesión de la que habla el coordinador se produce en gran medida a que los sujetos comparten la misma problemática, la misma enfermedad, el mismo pesar, esto les permite identificarse uno con otros y ayudarse entre sí, acompañarse y ser mutuamente solidarios (Ravenna, 2005).

Un paciente con 3 años de mantener su peso ideal, en una de las entrevistas hacía referencia a que “los grupos de mantenimiento son muy distintos a los grupos de descenso, si bien siempre se refuerzan cosas que nos quedan aún de nuestra etapa de gordos, acá el foco está puesto en tomar conciencia verdadera del vínculo que tenemos con la comida, de hacernos cambiar esa idea que soy obeso y no voy a poder cambiar, acá se trabaja más la cabeza (ideas de pensamiento erróneo), que los kilos que puedas bajar, en descenso es todo bajar de peso, ni importa lo que piensas, porque estas tan metido en la comida que no te da tiempo de pensar más nada que comer”. Esto se puede ver reflejado en lo que enfatiza Marcitllach y Fernández (2014) acerca de que la finalidad del tratamiento va cambiando en todo el proceso terapéutico, y que a medida que avanza el mismo, la finalidad va estando puesta en la toma de conciencia y en alejarse del mal vínculo con la comida, de tomar otros hábitos alimenticios que sean acordes y funcionales a mantener el peso. Es por esta razón que en los grupos terapéuticos se pudo observar que el foco de los terapeutas estaba puesto en promover patrones de vida saludables, para proyectar una vida de delgadez y a la vez reforzando los supuestos ya aprendidos que son los de mantener una buena dieta balanceada y a fomentar la continuidad en la actividad física para prolongar en el tiempo el mantenimiento del peso ideal (Amzallag, 2000).

Como respuesta a una de las preguntas planteadas en una de las entrevistas y corroborado mediante la observación, una de las coordinadoras hace referencia a que “en el dispositivo de los grupo de mantenimiento y de descenso de peso se busca que exista un clima cómodo y agradable para todos los miembros, mediante la participación de cada uno de los miembros y generando la empatía entre todos; estos exponen su vivencia diaria respecto a cuestiones vinculadas con la comida así como de otras esferas de su vida que puedan verse afectadas de alguna u otra manera por esta problemática”. Tal y como se ve reflejado en lo planteado por Marcitllach y Fernández (2014), estos autores sustentan que las sesiones grupales se fomenta un buen clima de trabajo en donde los participantes del grupo elaboran habilidades interpersonales, estados emocionales, y conductuales, así como asuntos relacionados con su diario vivir y la elaboración de estrategias de afrontamiento ante situaciones que puedan ser estresantes.

Un terapeuta al cual se le realizó una entrevista semidirigida, planteó que “ es increíble como este dispositivo grupal genera tanto cambio en los pacientes, son estos mismos quienes generan el cambio inclusive más que por las intervenciones de nosotros los terapeutas, el grupo y la interacción de los miembros son una intervención en sí misma; los miembros del grupo una vez se conocen forman lazos muy fuertes y esto les permite opinar acerca de cada una de las exposiciones que se generan en la sesión grupal”. Vinogradov y Yalom (1996) comentan que, en la terapia grupal, la interacción paciente- paciente sirve como intervención de cambio para cada uno de los miembros del sistema grupal, además de la intervención terapeuta-paciente. Esto se vio reflejado en mayor medida cuando se observó el proceso de creación de un nuevo grupo de mantenimiento con aquellas personas que iban entrando de manera novedosa a esta etapa, este grupo de mantenimiento se conformó por individuos que pasaban de la etapa de descenso a la de mantenimiento y se conformó a su vez con sujetos de distintos grupos de descenso y se pudo observar con el paso de los meses, como mediante la cohesión que se fue formando, estos intervenían en el discurso del otro, haciendo muchas veces intervenciones que servían como propósito para el mejor funcionamiento conductual o cognitivo de las personas frente a la comida. En ocasiones muchos de los miembros anotaban frases que surgían de los pacientes que conformaban el grupo para aplicarlo a sus rutinas diarias.

En otra situación, en los uno de los grupos de mantenimiento de las 7:00 am el coordinador exhortó a una de las pacientes a que habla de cómo iba llevando el mantenimiento, de cómo se estaba sintiendo (tenía una semana de estar en la etapa de mantenimiento) y está

mostrando síntomas de angustia (voz temblorosa, ojos llenos de lágrimas y moderada hiperventilación), dijo: “ no entiendo la verdad como voy a estar el resto de mi vida con esto, me llevó un tiempo largo poder entrar en esta nueva etapa y ahora que estoy, me siento más tentada que nunca, y siento que estoy al límite caer otra vez en conductas que me llevaron a ser gorda toda mi vida”. En esta enfermedad, en la cual tiene implicancia directa la comida, no se puede evitar comer puesto que es necesario para vivir, por ello para que el mantenimiento del peso sea exitoso y se prolongue en el tiempo es necesario que sea característica de estos grupos la búsqueda de la aceptación problemática que implica tener esta enfermedad y que no se trata solamente de llegar al peso ideal sino de mantenerlo. Esto implica que el sujeto tenga que actuar en consecuencia para que los resultados de la delgadez se extiendan, siendo necesario un compromiso responsable para poder dominar los impulsos que se generen a lo largo del proceso terapéutico (Amzallag, 2000).

Por último, tal y como menciona Ravenna (2005) el objetivo de esta etapa es estabilizar y mantener el rango de peso ideal conseguido y un nuevo estado conductual y cognitivo saludable, que implique además un trabajo profundo para reconocer y aceptar la nueva imagen corporal que se da como resultado de la delgadez para hacer del mantenimiento de peso un proyecto de vida, el cual es el objetivo o la meta anhelada de los miembros del grupo en su mayoría.

“La búsqueda de la delgadez definitiva es constante y para toda la vida; que nadie se piense que una vez estamos flacos, ya está, todo viene como arte de magia y no tenemos que hacer más nada; esto es para toda la vida, si nos desviemos tan solo un poco del carril o parpadeemos, somos gordos de nuevo”; esto explicaba un paciente de 50 años de edad y 6 años de mantenimiento. Esto da cuenta de que, en definitiva, para que un paciente pueda mantener su peso ideal, necesita de un esfuerzo y compromiso constante, diario y responsable, que implique una nueva identificación con la nueva imagen propia que se presenta como resultado del descenso de peso y además que conlleve a la idea de proyecto de delgadez, el cual es el propósito psicoterapéutico en los grupos de mantenimiento.

5.3 Aportes que brinda la asistencia a la terapia grupal a los grupos de mantenimiento en pacientes con obesidad.

Los aportes que brinda la asistencia a los grupos terapéuticos son importantes para que el paciente pueda ir quemando etapas en el proceso psicoterapéutico. En una entrevista a una

paciente de 25 años de edad y con 1 año de mantenimiento, la misma manifestó que: “el grupo me brinda instrumentos para enfrentar la vida, me ayuda a pensar distinto, a cambiar mi manera de actuar e inclusive me acomoda otros aspectos de mi vida además de ayudarme a bajar de peso, de mantenerme etc.”

Velásquez y Alvarenga (2001) narran que la terapia grupal proporciona herramientas que hacen posible revertir las conductas e ideas que imposibilitan realizar una dieta adecuada y aumentar la actividad física en pacientes con obesidad. Esto se pudo reflejar por medio de la observación, en uno de los grupos de mantenimiento, el psicólogo preguntó a los participantes para qué les servía el grupo, qué les aportaba y uno de ellos respondió que “el grupo me saca las ganas de comer, porque hambre en realidad nunca tuve, ahora puedo comer sin la voracidad de antes, no me siento rehén de las ganas de comer, como antes si lo era”. Esto refleja, que asistir a los grupos les brinda poder registrar las ideas o las sensaciones erróneas que antes tenía respecto de alimentarse y frente a otras situaciones potencialmente perjudiciales para los mismos, les brinda recursos cognitivos de afrontamiento, así como otros medios de acción posibles para resolver situaciones estresantes (Coutinho, 1999).

La dieta permite que los miembros del grupo puedan consumir alimentos sanos y balanceados y encuentran en esta, herramientas y posibilidades de modificar sus acciones previniendo que se suba de peso (Pinto & Carvajal 2006). En los grupos de terapia era común escuchar a un terapeuta decir “recuerden que la dieta les quita el hambre y la terapia de grupo, las ganas de comer”. Esto da una idea de que si bien la dieta, posibilita bajar de peso, por sí sola, no cambia los hábitos, las ideas y los pensamientos ligados a la errónea conducta alimentaria. Mantenerlos conscientes de que la obesidad está determinada en gran medida por los malos hábitos alimenticios y falta de actividad física (Salas, Rubio, Barbany & Moreno, 2007), les aporta entonces, la posibilidad de estar reforzando nuevos modos de pensamiento y de actuar saludables que propicien el mantenimiento de peso.

En un encuentro con una de los pacientes esta comentó que “el grupo me aporta alegría, autoestima, ganas de vivir, porque antes solo vivía para comer, ahora vivo para otras cosas, para mí, para verme linda, sentirme importante, querida, para valorarme a mí misma”. Esto da cuenta que, un aporte que les brinda la terapia de grupo a los individuos que participan de los grupos de terapia, es el poder elaborar una buena autoestima, acrecentarla, darles seguridad en sí mismo, les permite reconocer sus logros y darle la bienvenida a nuevos cambios en sus vidas. Es por esto

que Alvarado, Guzmán y González (2005) postulan que en esta etapa del proceso terapéutico llamada mantenimiento, los pacientes adquieren o incrementen la autoestima, esto permite que el individuo pueda contrarrestar cualquier acción o pensamiento disfuncional que ponga puesta a prueba al sujeto frente a la comida.

Se observa también al ver la evolución de los pacientes que estos se sienten más seguros de sí, cambian su modo de vestir, de actuar y relatan, “tener más amigos” y “poder relacionarme con más personas”, “antes no salía a ninguna reunión con mi esposo porque siento que le daba vergüenza mostrarme en público, verme comer vorazmente; tuvimos muchas peleas por eso, pero ahora lo entiendo, pobre, pero esto (la terapia de grupo y la delgadez), ha cambiado mi imagen y la manera en cómo me relaciono con los demás y con mi esposo”; “menos comida, más amigos”, relataba otra paciente”. El ambiente juega un papel fundamental en la obesidad, Fuillerat (2004), es por esto que una de las características primordiales de la terapia de grupo es el trabajo y el incremento de las habilidades interpersonales (Marcitllach & Fernández, 2014).

Lo recién expuesto se ve reflejado cuando los psicólogos exhortan a los pacientes a “hacer actividades grupales, recreativas, realizar talleres de arte”, o “aprovechar que ahora están delgados y hacer aquellas cosas que siempre quisieron hacer y por la gordura no pudieron”. Aportando este dispositivo, el incentivo y la creación de nuevas redes sociales y de reforzar las que ya se poseen.

Lafuente (2011) expone que en los grupos de mantenimiento aportan entre otras cosas, el manejo de la tolerancia en los miembros de la terapia de grupo ya sea dentro del dispositivo grupal como fuera de los mismos. Se pudo recabar información respecto a esto en una de las entrevistas realizadas a una coordinadora de grupo, y explicaba que “la tolerancia esta puesta en lugares donde no tiene que estar, los pacientes que vienen al tratamiento, te dicen que no toleran al esposo, que no toleran al vecino, no toleran su trabajo, no toleran nada, sin embargo, toleran tener más de 40 kilos encima”, y sostenía que “el tratamiento en estas etapas, les ayuda a ubicar esas energías en aquellas cosas que realmente no tienen que tolerar y que toleran, como el exceso de peso, ahora la energía esta puesta en intolerar esos excesos”. Se pudo observar en el relato de varios pacientes que en esta etapa de mantenimiento se despeja mucho la cabeza; al estar “limpios” (esto hace alusión a mantener estados de dieta, pensamientos y conducta impecable), nos volvemos más amables, más tolerantes, nos sentimos en un estado de plenitud y sobre todo

de paz”. Demostrando de esta manera que es un aporte importante para los miembros del grupo el poder vivir y de convivir con ellos y con su alrededor de manera más tolerante y saludable.

Al hablar de anticipación y planificación de futuras situaciones potencialmente peligrosas que puedan transgredir el tratamiento, en la sesión, una paciente con 3 meses de tratamiento en esta etapa relataba que “me sirvió las ideas que me dieron y lo que hablamos antes de irme de viaje, llevarme las viandas, o poder encontrar lugares de venta de comida saludables, estar en contacto con dos compañeros de grupo mediante el celular, me ayudó inclusive a bajar de peso, no solo mantuve el peso, sino que bajé 500 gramos, y esto es por planificar mi viaje de manera responsable con mi tratamiento”. Con lo mencionado recientemente se ve reflejado como el grupo les proporciona recursos para poder afrontar por medio de la planificación futuras situaciones, anticipando y previniendo de ante mano cualquier situación que pueda poner en riesgo el cumplimiento del tratamiento (Salas, Rubio, Barbany & Moreno, 2007).

Cuevas y Reyes (2005) indican que, en el acompañamiento de los pacientes en el proceso terapéutico hay que generar herramientas de prevención, las cuales son necesarias y útiles para tomar medidas que alejen los pacientes de riesgos innecesarios que puedan hacer tropezar la finalidad del grupo terapéutico que es mantener el peso. En otra entrevista se pudo contrastar lo que se menciona anteriormente, cuando un paciente hablaba de como el grupo le ayudaba a tener distintos planes preventivos que impidan que se reproduzcan situaciones en las que pueda verse afectada la actitud correcta que se busca en esta etapa, este expresaba lo siguiente, “en los grupos aprendemos que hay que prevenir lo previsible, prevenir aquello que proveemos de ante mano, tomar registro de lo que puede suceder, si no tengo un plan “b”, debo contar con un plan “c” y hasta uno “d”, estar un paso delante de todo aquello que puede salirse de las manos para no auto-boicotearnos”. No quedan dudas de que el grupo les proporciona recursos anticipatorios y planificatorios para estar un paso por delante ante cualquier circunstancia que les pueda afectar el régimen alimenticio y una conducta conveniente.

Por otro lado, Vilallonga, Repetti y Delfante (2008) comentan en la asistencia a los grupos les proporciona a los miembros, la capacidad de identificar a aquellas emociones que conllevan a los malos hábitos de ingesta. En este sentido un paciente de 37 años relata en la entrevista que “antes me costaba poder registrar las emociones, ponerles nombres y ahora las puedo conocer, me puedo conocer a mí mismo, y esto me permite no apropiarme de ellas, es decir, no soy un depresivo, ni un amargado, porque estas emociones no me definen, son estados,

que dependen de la circunstancia, no de mi esencia , y en los grupos de mantenimiento he aprendido de esto, que es importante poder aprender a registrar todo lo que me pasa y poder tomar distancia y conciencia de lo que siento y de aquello que es propio, pero solo momentáneo” y añade que “antes era común sentirme triste, y pensar que era por tener hambre, o sentirme enojado y comer, todas las emociones las relacionaba con comer, como si este fuera el motivo de mi malestar y no era así; las ganas de comer era un cosa y mis estados emocionales por problemas familiares o con mi novia, eran otros, ahora puedo separar esto y no encontrar en las emociones, una excusa para comer”. Este paciente, así como muchos otros, encuentran en la terapia de grupo, la posibilidad de reconocer sus emociones, de saber que alguna de estas, lo pueden conllevar a caer en malos hábitos de conducta alimentaria y esto les permite anticiparse a la conducta problema, frente a ciertas emociones que la provocan.

Por último, uno de los aportes importantes que les brinda la terapia de grupo en mantenimiento, es la posibilidad de establecer límites (Coutinho, 1999); los límites en esta etapa de mantenimiento son distintos a como se ven reflejados en los grupos de descenso, en donde los límites respecto a la comida se encuentran un tanto borrosos debido al alto grado de obesidad; en los grupos de mantenimiento se fijan nuevos límites, no los límites fijados en la obesidad sino aquellos que se forman y se irán formando con la delgadez, a estos límites los pacientes y terapeutas lo llaman: “piso” y “techo”, respecto de esto, una psicóloga coordinadora explicaba, que estos términos hacen referencia al peso máximo o mínimo que se debe tener un paciente en la etapa de mantenimiento, es decir , si un paciente con peso ideal acorde a su estatura, pesa 60 kilos, el techo del mismo, puede ser de 63 kilos (peso máximo), mientras que su piso puede ser 57 (peso mínimo), en palabras de la coordinadora, “esto les permite tener un indicador de alarma, ya sea para saber que están saliendo del rango alto de peso esperado o para saber por otro lado si están por debajo de su peso ideal, que tampoco es recomendable. Además, añadía que “esto les permite a los terapeutas tener una “balanza conductual”, es decir “nos permite saber si sus conductas van encaminadas a mantener el peso o por si lo contrario van encaminados a perder esta etapa y volver al de descenso y así intervenir acorde a como esté el estado del individuo”.

Respecto a estos límites, una paciente de 20 años, con 20 kilos bajados y con año y medio de mantenimiento comentaba en una de las entrevistas: “establecer límites implica tener un control sobre aquello que me pasa, una vez cruzo el limite se borra el horizonte y luego no encuentro cuál es el punto en donde quedó ese límite; sin límites siempre habrá una búsqueda de

algo más, de transgredir aquello planteado y en ese rompimiento de la frontera suceden dos cosas: me alejo más del horizonte principal, rompiendo aquellos límites que marqué como zonas peligrosas de donde debo mantenerme alejado y por otro lado me olvido del lugar del límite, ¿dónde queda el límite?, ¿cuál es el límite ahora? y toca empezar de cero o de menos cero si ese límite se rompe”. Es evidente que este sistema les aporta a los sujetos un registro de su peso, de sus conductas erradas en caso de pasar el límite del “techo” o de las adecuadas en el caso de mantenerse en el rango esperado y les aporta además a los terapeutas tener al día el peso de los mismos y por ende corroborar el discurso del sujeto con los datos del peso diario.

5.4 Tipos de intervenciones que realizan los terapeutas a los grupos de mantenimiento para pacientes con obesidad.

Primera mente hay que señalar que si bien hay distintas maneras de tratamiento desde distintos tipos de modelos como el medico en el cual se aplica entre otros la cirugía bariátrica (Diaz, 2012).

Las intervenciones que realizan los terapeutas en esta institución hacen referencia al modelo cognitivo – conductual y tienen que ver con la aplicación de las distintas técnicas o herramientas con las que cuentan los terapeutas para producir cambios de conducta o de pensamientos en los pacientes, estas técnicas van desde, modelados, refuerzos, aprendizaje de habilidades sociales y/o la búsqueda de la consecución de cambios cognitivos internos que intentan cambiar la manera en cómo los sujetos entienden la realidad, creando distorsiones cognitivas o apuntando hacia la reestructuración de los mismas (Caballo, 1998). A continuación, se desarrollarán de manera amplia las intervenciones que realizaron los terapeutas en la etapa de mantenimiento.

“El auto-monitoreo, suele ser de mucha ayuda para los pacientes que recién entran en la etapa de mantenimiento, puesto que los mismos, aun no tienen los hábitos firmes de la conducta que va acorde a esta etapa, le decimos que lleven un registro amplio, en alguna agenda, de lo que comen por día, las cantidades, los horarios, que registren sus emociones, las conductas diarias, erradas o adecuadas; esto les permite estar atentos a cualquier desvío importante en cotidianidad que pueda desviar el foco de su nuevo tratamiento”. Este es el relato de una de la coordinadora de los grupos y hace referencia a una intervención directiva, en la cual le indican al paciente lo que tienen que realizar y le permiten al mismo paciente y al terapeuta, tener datos certeros acerca

de la mejora o desacierto de la conducta y pensamiento, favoreciendo y fortaleciendo la motivación e implicación del mismo (Coutinho, 1999).

Además de los anteriores modos de intervenir por medio de los terapeutas cognitivos – conductuales, están las recompensas utilizadas en los modelos conductuales, estas pueden ser utilizadas para impulsar al paciente a que siga logrando sus metas propuestas, fundamentateme, aquellos objetivos difíciles de conseguir (Vázquez & López 2001). En esta dirección narra uno de los coordinadores que “las típicas recompensas, son muy útiles para que los pacientes sigan en una línea positiva de acción frente a la comida, muchos empiezan a vestirse lindos, a arreglarse, a valorarse, y el mismo dispositivo grupal permite que las recompensas estén presentes, al hacer que estos actos sean recompensados, ya sea con aplausos, o con un simple que distinto y bien te ves, ya sean por parte de los terapeutas o por los mismos compañeros de grupo”. El coordinador quien relató lo reciente expuesto, da a entender que es una herramienta sencilla y muy utilizada en día a día de las sesiones grupales de mantenimiento para motivar a los pacientes a seguir en una dinámica positiva. En los grupos de mantenimiento se observó que se busca seguir resolviendo la relación disfuncional con la comida que cada paciente ha tenido en la historia de su vida y de la etapa del tratamiento recién superada (el descenso de peso), y en esta elaboración, los miembros muestran las dificultades que han tenido, las recaídas, la alegría de lograr los objetivos propuestos, los logros que han podido sostener y aquellos recursos que se han perdido o disminuido para volverlos a reforzar (Ravenna, 2005).

Se pudo observar por otro lado en las sesiones grupales que, es indispensable que los terapeutas realicen una promoción constante de la motivación de los pacientes, para que estos puedan seguir consiguiendo los objetivos que se proponen (Lafuente, 2011). Durante el transcurso de la práctica profesional se conformó un nuevo grupo de mantenimiento, en un nuevo horario, al medio día, los días martes, para personas que recién pasaban a la etapa de mantenimiento, puesto que los otros horarios les imposibilitaban la llegada a los grupos ya existentes en su mayoría. En este contexto, en una ocasión en este nuevo grupo terapéutico, una paciente de alrededor de 50 años relató en el grupo que se “desmotivada”. La paciente volvía a hacer terapia grupal después de 4 años de mantener su peso y volvía porque estaba 2 kilos arriba de su “techo”, que como bien se explicó antes, el término “techo” hace referencia al peso máximo límite de la etapa de mantenimiento. Al finalizar la sesión la psicóloga exhortó a la paciente a “realizar un compromiso con el grupo” que implicara toda la semana de tratamiento,

en la cual, debía hacer la dieta perfecta, para volver a la dinámica grupal, puesto que no asistía a grupos desde hace 4 años y así promover la motivación de la misma. Coutinho (1999) da cuenta de esto y expone que una estrategia que se puede utilizar de manera eficaz en el grupo es la del contrato comportamental, en las que existe un compromiso entre los miembros del grupo; esto motiva el comportamiento para disminuir o mantener el peso corporal y establece una implicación de responsabilidad y compromiso consigo mismo y con la terapia.

Otra coordinadora hace referencia en una de las entrevistas realizadas que otra intervención o técnica que suelen aplicar en estos grupos es la llamada, control del estímulo, la coordinadora narra que “es muy típico que los pacientes te digan que no saben cómo han subido de peso si hacen todo como se indica, y en muchas ocasiones es debido a que cuando pasan a la etapa de mantenimiento, estos sienten que ya tienen los hábitos fijados y aprendidos y suelen dejar de darle importancia al momento de comer, por lo cual, se les pide que cuando coman, se concentren única y exclusivamente al acto de alimentarse, para evitar, distracciones que impliquen que se alimenten de manera inadecuada”. Estas intervenciones ayudan de forma destacada a la resolución de la ingesta inadecuada en las terapias mantenimiento debido a que previene las situaciones en las que se suele comer en exceso. Vázquez y López (2001) da cuenta de esto y sugiere a los sujetos en esta etapa a que separasen las actividades de alimentación con otras que no tienen relación con esta (ver televisión, trabajo o de otra naturaleza), para que haya conciencia de acción al momento de alimentarse sin que exista otro tipo de distractor.

La reestructuración cognitiva es otra intervención útil en el abordaje de esta etapa, se utiliza según Vázquez y López (2001) para reconocer pensamientos o sentimientos relacionados con la incapacidad para dilucidar las mejoras que permiten el tratamiento, y ayudan al paciente a determinar la importancia que tiene asistir a los grupos terapéuticos. En referencia a esto se pudo observar en una sesión grupal que una paciente hacía referencia a lo siguiente: “Es fiesta judía, y yo estoy aquí, lejos de mi familia, decidí quedarme para priorizar mi tratamiento, pero, jamás he faltado, y siento que, en vez de estar aquí, tendría que estar con mi familia en Estados Unidos, sería lo ideal” Es el relato de una paciente Argentina de 60 años, que viaja cada tanto al país a participar de los grupos; cuando se ve en palabras de la paciente “peligrando” en referencia a sus conductas disfuncionales con la comida, la misma hacía referencia al estado de malestar que presentaba, debido a estar lejos de su familia, en una fiesta religiosa importante para ella y su familia. El psicólogo le pregunta a la paciente que “si, podría cambiar algo de esta situación, que

haría” y esta respondió diciendo “pues no sé, si estuviera allá, quizá estaría comiéndome todo y en cambio estando acá en argentina extraño a mi familia y no disfruto mi tratamiento, quisiera poder estar acá haciendo mi tratamiento y poder estar con mi familia”, el psicólogo le respondió diciendo que las situaciones ideales son imposibles y añadió, “ además lo ideal imposibilita la realización de lo posible”. En este dialogo paciente-terapeuta se pudo observar lo que plantea Coutinho (1999) en donde puntualiza que, los pensamientos disfuncionales, erróneos y desadaptativos distorsionan la realidad. Es por esto que la intervención del coordinador estuvo destinada a eliminar estos patrones de pensamientos disfuncionales como el pensamiento dicotómico o “todo o nada”, que propicia que el paciente sienta predilección por abandonar el tratamiento.

Cuando los individuos tienen dificultad para adoptar nuevas conductas o adquirir nuevas ideas de pensamiento, los coordinadores de la terapia de grupo buscan crear que una idea errónea se contraponga con una idea nueva que posibilite el cambio de pensamiento disfuncional, a esto lo llaman disonancia cognitiva. (Lafuente, 2011). Dos de los coordinadores concuerdan que es típico que los pacientes en la etapa de mantenimiento “sientan un estado de omnipotencia, de todo lo puedo, y ya estoy curado”. Sin embargo, es conveniente hacerles ver que esa idea puede ser perjudicial para el proceso terapéutico y buscan por medio de sus intervenciones crear ideas de incongruencia, logrando así que el sujeto pueda revertir el pensamiento disfuncional y se generen nuevas líneas de pensamientos. Larrañaga y García (2007) refuerzan esta idea exponiendo que el trabajo del terapeuta en esta etapa y en el descenso, debe ser la de desafiar al paciente, sus conductas, sus ideas o creencias, buscando otorgar al paciente nuevas rutas posibles para esos pensamientos y modelos de conducta que emplea de manera habitual. También añaden otro tipo de intervención al tratamiento en esta etapa, el auto-cuestionamiento. Esto implica que el sujeto, incremente el grado de conciencia que tiene de sus propias acciones habituales, que explore y reconozca los sentimientos y pensamientos disfuncionales en la ingesta inadecuada para que pueda reemplazar las ideas desacertadas por otras más adecuadas. Tal y como relata una coordinadora “tienen que ser sinceros con ustedes mismos, hacer conciencia y preguntarse si están haciendo lo que el grupo espera de cada uno, esto implica tanto las conductas como los pensamientos adecuados respecto de lo que se plantea cada día en terapia”.

Por último, los terapeutas también realizan un trabajo psicoeducativo acerca de distintas técnicas que ayudan a mejorar el control de los impulsos y el manejo del estrés; dentro de las

mismas se encuentran las técnicas de relajación. Alvarado, Guzmán y González (2005) argumentan que las técnicas de relajación brindan herramientas a los pacientes para rebajar tensiones o ansiedades producidas por otras situaciones ajenas al tratamiento o generadas por la misma conducta alimentaria, posibilitando el control de sus impulsos. Esta técnica se ve reflejada en una de las pacientes que relata “en la etapa de descenso, ante cualquier pelea, discusiones o estrés laboral o en casa, mi primera reacción era comer, pero he aprendido con estos grupos que hay que separar las emociones de la comida, y aplico técnicas de respiración, escucho música, me relajo, leo un libro, o me despejo con una película, esto me ayuda a desligarme de lo que me estresa y me invita a entrar otra vez en la dinámica del comer emocional”. Estas técnicas implementan para generar en los pacientes la inclusión de las mismas en sus actividades diarias, en casa, trabajo u otro ámbito, para que el estrés u otro factor no sean generadores de una sobre alimentación.

6. Conclusiones

6.1 Síntesis del desarrollo

En el transcurso de desarrollo del presente trabajo se planteó describir la terapia grupal para pacientes con obesidad en los grupos de mantenimiento, para esto se indagó acerca de las características de la terapia grupal en el tratamiento de la obesidad en los grupos de mantenimiento, los aportes que brinda la asistencia a la terapia grupal a los grupos de mantenimiento en pacientes con obesidad y por último los tipos de intervenciones que realizan los terapeutas a los grupos de mantenimiento para pacientes con obesidad.

Se pudo rescatar que en la obesidad operan múltiples factores que pueden desencadenar la obesidad que van desde factores genéticos, ambientales, sociales, endocrinos o psicológicos entre otros que potencian la aparición de esta enfermedad y que se pueden explicar la aparición de la misma (Bersh, 2006).

Es característico de este dispositivo en la etapa de mantenimiento que, tal y como menciona Ravenna (2005) el objetivo de esta etapa es estabilizar y mantener el rango de peso ideal conseguido y un nuevo estado conductual y cognitivo saludable, que implique además un trabajo profundo para reconocer y aceptar la nueva imagen corporal que se da como resultado de la

delgadez para hacer del mantenimiento de peso un proyecto de vida, el cual es el objetivo o la meta anhelada de los miembros del grupo en su mayoría.

Por otra parte, se pudo observar que, estos dispositivos grupales permiten que quienes lo conforman opten por comportamientos diferentes, haciendo así que se originen modelos de conductas compartidas que se ven reflejadas en todos sus miembros, formando redes de apoyo emocional, de compromiso compartido y de colaboración conjunta, lo que promueve que el paciente mantenga acciones adecuadas que le permitan mantener el peso (Coutinho, 1999).

En referencia a los aportes que la terapia de grupo ofrece a sus participantes se puede rescatar que, los aportes que brinda la asistencia a los grupos terapéuticos son importantes para que el paciente pueda ir quemando etapas en el proceso psicoterapéutico. Velásquez y Alvarenga (2001) narran que la terapia grupal proporciona herramientas que hacen posible revertir las conductas e ideas que imposibilitan realizar una dieta adecuada y aumentar la actividad física en pacientes con obesidad.

Otro de los aportes significativos que les brinda la terapia de grupo en mantenimiento, es la posibilidad de establecer límites (Coutinho, 1999). Es evidente que esto les aporta a los sujetos un registro de su peso, de sus conductas erradas en caso de pasar el límite del peso máximo esperado para esta etapa, dependiendo de las características de cada persona o de las adecuadas en el caso de mantenerse en el rango esperado y les aporta además a los terapeutas tener al día el peso de los mismos y por ende corroborar el discurso del sujeto con los datos del peso diario.

Se pudo observar que dentro del marco cognitivo – conductual las intervenciones que realizan los terapeutas en esta institución hacen referencia a la aplicación de las distintas técnicas o herramientas con las que cuentan los terapeutas para producir cambios de conducta o de pensamientos en los pacientes, estas técnicas van desde, refuerzos, aprendizaje de habilidades sociales y/o la búsqueda de la consecución de cambios cognitivos internos que intentan cambiar la manera en cómo los sujetos entienden la realidad, creando distorsiones cognitivas o apuntando hacia la reestructuración de los mismas (Caballo, 1998).

Por último, Larrañaga y García (2007) exponen que el trabajo del terapeuta en esta etapa y en el descenso, debe ser la de desafiar al paciente, sus conductas, sus ideas o creencias, buscando

otorgar al paciente nuevas rutas posibles para esos pensamientos y modelos de conducta que emplea de manera habitual.

6.2 Limitaciones en el trabajo propuesto

Dentro de las limitaciones en el presente trabajo, se puede mencionar que, las pasantías en la cual se desarrolla el proceso de recolección de datos, se limitan a la consecución de 280 horas, las cuales bastaron para realiza el desarrollo de lo propuesto, pero, hubiese sido más beneficioso para el progreso de los objetivos planteados, el poder contar con un estudio más prologado en el tiempo para presenciar los aportes, cambios y beneficios que la terapia de grupo les ofrece a los pacientes.

Hubiese sido interesante y de gran aporte poder ver el proceso de iniciación de los pacientes desde el ingreso a la institución, pasando por el proceso de descenso de peso hasta la consecución del peso ideal, viendo así el transcurso y finalización del proceso de mantenimiento para ver los distintos procesos de evolución psicoterapéutica en los miembros de los grupos.

Por otro lado, hay que recalcar que dificultó el análisis del proceso de mejoría de los pacientes el no tener acceso a las historias clínicas de los mismos, de contar con ello, el proceso de, conocer, entender y de integrarse a la dinámica de los grupos hubiese sido más eficaz y efectiva.

Si bien el presente trabajo integra los distintos tipos de intervenciones, aportes y características del proceso terapéutico en los grupos de mantenimiento, hubiese sido más enriquecedor hacer una comparativa y desarrollo de los grupos de descenso de peso para poder integrar mejor todo el proceso terapéutico de abordaje de la institución.

La presente investigación presentó dificultades en el seguimiento diario de los pacientes, si bien se asistió de manera semanal a los distintos grupos de mantenimiento y descenso de peso, quien hizo elaboró el presente trabajo, no pudo dedicar un seguimiento continuo y diario de todos los grupos de mantenimiento, por lo cual la integración a los mismos se vio dificultada, sobre todo al inicio de la integración en la institución.

6.3 Perspectiva crítica

Una vez realizado el presente proyecto describiendo la terapia de grupo en la obesidad para pacientes en etapas de mantenimiento; se pudo observar que si bien la terapia de grupo es funcional y reconocida por los miembros de la institución y en los dispositivos grupales, esta funcionalidad suele verse afectada en los inicios del tratamiento en la nueva etapa, la de mantenimiento, puesto que la dieta y las indicaciones conductuales en esta, suelen ser un tanto más flexibles en comparación a la etapa de descenso y esto puede ocasionar temores, o reticencia a las indicaciones en todos los ámbitos del tratamiento, nutricional, médico o psicológico. Sería provechoso que en el paso de la etapa de descenso a la de mantenimiento hubiese una etapa intermedia en la cual los individuos fueran adoptando progresivamente las conducta y habilidades que se requieren en la nueva etapa, haciendo que el proceso de adaptación sea menos estresante y abrumador para los mismos.

El abordaje desde un dispositivo grupal, permite a los terapeutas tener un amplio rango de pacientes que concurren a los mismos con una misma problemática, pero hubiese sido de mayor aporte, realizar un seguimiento psicoterapéutico individual para enfatizar en las problemáticas y dificultades particulares de cada miembro del grupo, las cuales no son posibles en la modalidad grupal. En ocasiones la angustia o problemática de algunos sujetos no pudo ser desarrollada ni tratada en profundidad debido a que los coordinadores buscan la participación de la mayor cantidad de miembros y el abordaje individual del mismo queda relegado al estar expuesto a este dispositivo de grupo.

Hay que señalar que si bien la etapa más crítica de los pacientes es la primera en donde los mismos inician el tratamiento con altos niveles de obesidad y de comorbilidades con otras enfermedades, haciéndose prioridad el abordaje inmediato e intensivo para los mismos, se pudo observar que no se le da el mismo grado de importancia o relevamiento a la etapa de mantenimiento, esto se puede ver reflejado en que el número de los grupos de mantenimiento es inferior a la de los grupos de descenso, esto provoca que al no haber tantos grupos de mantenimiento, la asistencia de muchos de los miembros se vea afectada, debido a no poder asistir a los horarios de los grupos planteados, aunque cabe indicar que se pudo observar la

disposición de la institución llegados a este punto, de abrir nuevos horarios para eliminar esta dificultad que aquejaban los pacientes.

Al momento de indagar acerca del modelo psicológico de tratamiento, desde la institución hacen referencia que el predilecto es el modelo cognitivo-conductual, sin embargo al asistir a los grupos de mantenimiento y descenso se pudo observar, la variedad de orientaciones psicológicas en los coordinadores, esto puede resultar un impedimento en el avance del tratamiento de los sujetos , puesto que las indicaciones psicoterapéuticas se encuentran en muchas ocasiones contrapuestas a las indicadas por uno u otro terapeuta, provocando la confusión y la reticencia a las intervenciones en muchos de los pacientes.

6.4 Aporte personal

En el análisis final de este proyecto hay que señalar que se confirma mediante este trabajo que la obesidad es una enfermedad compleja y crónica que dificulta y pone en riesgo la vida de quienes la padecen.

Es fundamental que el abordaje de esta patología implique el trabajo de distintas disciplinas, medicas, nutricionales, de actividad física y psicológicas, entre otras. Haciendo hincapié en esta última, y observando el aporte que les brinda el dispositivo grupal a los sujetos que la padecen, se puede inferir que este dispositivo proporciona a los sujetos herramientas para mejorar su calidad de vida, y promover el incentivo de nuevos y mejores hábitos de conducta, beneficiando la reestructuración de su vida y salud.

Por otro lado, analizando el desarrollo del trabajo presente, es claro que las asistencias a las terapias de grupo, les proporcionan a los individuos mejoras en su vida personal, además de las mejoras en el estado de su salud, les proporciona distintas habilidades para desenvolverse en actividades que anteriormente no podían aplicar. El manejo de la ira, o el enojo, de situaciones estresantes, adquirir habilidades sociales que les permitan establecer nuevas redes de amistad, o la mejoría en sus actividades diarias generales, son algunos de los aportes que trae consigo la presencia y asistencia a los grupos terapéuticos.

Cabe recalcar, haciendo inferencia, por medio de la participación y observación de los grupos, que, en el padecimiento de esta enfermedad, resulta imposible encontrar mejoría sin la ayuda terapéutica. Refiriéndose en este aspecto, a la etapa de mantenimiento, es necesario que para que los resultados de la delgadez se prolonguen el tiempo, los sujetos tengan que continuar con el proceso de crecimiento de aprendizaje de nuevas conductas saludables y de nuevos pensamientos que apunten a la consecución de una vida saludable prolongada.

Hay que señalar que, con la guía y el acompañamiento de los terapeutas, los pacientes que concurren a la institución y a las terapias de grupo, suelen tener mejores resultados a corto, mediano y largo plazo que en instituciones en donde la medida de abordaje solamente implica una dieta hipocalórica, por lo que es fundamental la inclusión de un abordaje psicoterapéutico que acompañe e intervenga como añadido a otros tipos de tratamientos como la dieta terapia.

Hay que resaltar que, al ser un dispositivo grupal los miembros del grupo se sienten contenidos, no solo por los coordinadores de los grupos sino por sus mismos compañeros, esto fortalece la cohesión grupal y hace que los miembros se sientan motivados y comprometidos en la asistencia a los grupos de manera recurrente. Esta cohesión hace posible también que se creen lazos fuertes entre sus miembros y esto genera que en el grupo, los problemas diarios, cotidianos o personales sean expuestos con confianza y veracidad, ayudando así, a que el terapeuta pueda intervenir con mayor asertividad.

Es indispensable que esta problemática y modo de abordar la obesidad sea propuesta en futuras líneas de investigación, para saber en mayor profundidad, el grado de beneficios y de aportes que les proporciona a sus pacientes.

Realizar estudios longitudinales acerca del proceso terapéutico, sería enriquecedor para dilucidar con mayor profundidad la eficacia de las intervenciones psicológicas bajo el marco de la terapia cognitiva conductual. Esto podría ser de mucho valor puesto que puede ayudar a que se realicen mejoras en el tratamiento de dicha enfermedad y brindarles al paciente un mejor bienestar en su salud.

En futuras instigaciones podrían ser factibles la inclusión de muestras más numerosas de personas con obesidad que puedan ser más representativas de la población en general y permitan un análisis más preciso de la problemática planteada en el presente trabajo.

Se pudo observar en los distintos grupos de tratamiento la poca inclusión de la familia en las distintas actividades que se realizan. La familia de cada persona funciona en muchas ocasiones como una red de apoyo emocional, es por esto que sería provechoso para el dispositivo terapéutico y para el beneficio de los pacientes, se incluyera de algún modo, un rol más activo de los familiares, para que estos puedan entender en profundidad el padecimiento que implica tener esta enfermedad y así generar o promover en ellos, cambios de conductas alternativas que no perjudiquen la terapia de su pariente. Es de suma importancia que la familia pueda aprender a crear nuevos hábitos de alimentación si fueran necesarios y que estos puedan recibir instrucciones suficientes por parte de los distintos modelos de abordaje de la enfermedad para generar modificaciones en caso de que la mala relación vincular con la comida tenga una raíz familiar o del entorno.

Como beneficio de todo el proceso de aprendizaje que implicó la asistencia a la institución y a las terapias de grupo, sería más interesante y enriquecedor, poder participar de manera más activa con los distintos profesionales en todos los ámbitos de abordaje, y no solo en los psicológicos, para que el proceso de recolección de datos y la experiencia de aprendizaje sea más rica y esto pueda ser volcado en mayor profundidad al desarrollo del trabajo que se realice.

Por último, cabe señalar que la sociedad juega un papel importante en el desarrollo de esta enfermedad, la cual impulsa desde distintos lugares, inadecuados estilos de vida. Ya sea desde las diferentes actividades que implican sedentarismo, como el uso del celular, mirar televisión por largos periodos de tiempo, hasta publicidades que promueven el consumo de alimentos no saludables. Es por ello que es necesario que se empleen distintos programas de prevención en la población en general, que promuevan un enfoque salugénico y cree conciencia en la misma, acerca de esta problemática que con el pasar de los años crece en mayor cantidad.

7. Referencias Bibliográficas

- Aguilar Cordero, M. J., Ortegón Piñero, A., Mur Villar, N., Sánchez García, J. C., García Verazaluce, J. J., García García, I., & Sánchez López, A. M. (2014). Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 727-740.
- Alvarado Sánchez, A. M., Guzmán Benavides, E., & González Ramírez, M. T. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 10(2).
- Álvarez-Castro, P., Sangiao-Alvarellos, S., Brandón-Sandá, I., & Cordido, F. (2011). Función endocrina en la obesidad. *Endocrinología y nutrición*, 58(8), 422-432.
- Amzallag, W. (2000). De perder peso, al control del peso. *Revista cubana de investigaciones biomédicas*, 19(2), 98-115.
- Ballabriga, A. (2ª ed.). (2001). *Nutrición en la Infancia y Adolescencia*. Madrid: ERGON S.A.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (19ª ed.). (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: DESCLÉE DE BROWER.
- Bell, E. A., & Rolls, B. J. (2003). Regulación de la ingesta de energía: factores que contribuyen a la obesidad. *ILSI. Conocimientos actuales en Nutrición*. Washington DC; OPS/ILSI, 34-43
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (4), 537-546.
- Bonfanti, N., Fernández, J. M., Gomez-Delgado, F., & Pérez-Jiménez, F. (2014). Efecto de dos dietas hipocalóricas y su combinación con ejercicio físico sobre la tasa metabólica basal y la composición corporal. *Nutrición Hospitalaria*, 29(3), 635-643.

- Braguinsky, J. (2002). Prevalencia de obesidad en América Latina. In *Anales del sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 25, pp. 109-115).
- Caballo, V. (1998). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Calvo, S., Escudero, E., Gómez, C. & Riobó, B. (2012). *Patologías Nutricionales en el siglo XXI: Un Problema de Salud Pública*. Madrid: UNED.
- Cardone, A., Borracci, R. A., & Milin, E. (2010). Estimación a largo plazo de la prevalencia de obesidad en la Argentina. *Revista argentina de cardiología*, 78(1), 23-29.
- Coutinho, W. (1999). Consenso latino-americano de obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 43(1), 21-67.
- Cuevas, A., & Reyes, M. S. (2005). Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad: ¿ Hay lugar aún para la terapia conservadora?. *Revista médica de Chile*, 133(6), 713-722
- Díaz, J. (2012). *El Libro Negro de los Secretos de la Obesidad*. Sevilla: Bubok Publishing S.L.
- Díaz, M. (2005). Presente y futuro del tratamiento farmacológico de la obesidad. *Revista argentina de cardiología*, 73(2).
- Elgart, J., Pfirter, G., Gonzalez, L., Caporale, J., Cormillot, A., Chiappe, M. L., & Gagliardino, J. (2010). Obesidad en Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. *Rev Argent Salud Pública*, 1(5), 6-12.
- García, C. S. (2002). Trastornos por atracón y obesidad. *Nutrición Hospitalaria* 17(Sup 1), 55-59.
- Godínez-Gutiérrez, S. A., & Valerdi-Contreras, L. (2012). Obesidad: Resistencia endocrina múltiple. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 20(4), 152-168.
- Héctor Poletti, O., & Barrios, L. (2007). Sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios, actividad física y uso del tiempo libre en escolares de Corrientes (Argentina). *Revista Cubana de*

Pediatría, 79(1).

Recuperado

de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000100006

Hernández, M., Concepción, D. & González, I. (2008). *Temas de Nutrición: DIETOTERAPIA*. La Habana: Ciencias Médicas.

Lafuente, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 14, 1490-1504.

Larrañaga, A., & García-Mayor, R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina clínica*, Vigo. 129(10), 387-391.

Marcitllach, A. A., & de Gamboa Aguinaga, C. F. (2014). La Terapia de Grupo en un Caso de Obesidad Group Therapy in a Case of Obesity. *Clínica*, 5(1), 41-51.

Marcos, T., Loreto, M., Rosich, N., Panisello Royo, J. M., Gálvez Casas, A., Serrano Selva, J. P., ... & Tárraga López, P. J. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 741-748.

Martinez, J. A., Moreno-Aliaga, M. J., Marques-Lopes, I., & Marti, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales Sis San Navarra*, 25(1), 19-22.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado el 20 de mayo de 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

Palomer, X., Pérez, A., & Blanco-Vaca, F. (2005). Adiponectin: a new link between obesity, insulin resistance and cardiovascular disease. *Medicina clinica*, 124(10), 388-395.

Pinto, J., & Carbajal, A. (2006). *La Dieta Equilibrada, Prudente o Saludable*. Madrid: Nueva Imprenta S.A.

Planell, L. S., & Marí, R. F. V. (2002). Trastorno por atracón y obesidad. *Form Contin Nutr Obes*, 5(6), 314-324.

- Ravenna, M. (2005). *Una Delgada Línea ...entre el Exceso y la Medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Real Academia Española. (2017). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado el 27 de mayo del 2017, <http://dle.rae.es/?id=OH45BSY>.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Rodríguez, R. C., & Valls, J. M. (2002). Obesidad: Conceptos básicos, clasificación, etiopatogenia, riesgos y patología asociada a la obesidad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 8(86), 4637-4638.
- Rodríguez-Rodríguez, E., López-Plaza, B., López-Sobaler, A., & Ortega, R. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutrición hospitalaria*, 26(2), 355-363.
- Rodríguez Scull, L. E. (2003). Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Revista Cubana de Endocrinología*, 14(2). Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532003000200006&script=sci_arttext&tlng=en
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., Moreno, B., & de la SEEDO, G. C. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina clínica*, 128(5), 184-196.
- Santos, J. L., Martínez, J. A., Pérez, F., & Albala, C. (2005). Epidemiología genética de la obesidad: estudios familiares. *Revista médica de Chile*, 133(3), 351-356.
- Vaimberg, R., Lombardo, M. (2015). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Barcelona: OCTAEDRO, S.L.
- Varo, J. J., Martínez-González, M. A., & Martínez, J. A. (2002). Prevalencia de obesidad en Europa.

Velásquez, V. V., & Alvarenga, J. C. L. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), 91-96.

Vilallonga, L., Repetti, M., & Delfante, A. (2008). Tratamiento de la obesidad. Abordaje Nutricional. *Hipertensión*, 140, 90.

Yalom, I. & Vinogradov, S. (4^a ed.). (1996). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Buenos Aires: Paidós.

Yopez, R., Baldeon, M. & López, P. (2007). *Obesidad*. Quito: SECIAN.