



**Universidad de Palermo**

**Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Licenciatura en Psicología**

Trabajo Final Integrador

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

**Tutor:** Dra. Vanesa Góngora.

**Autor:** Nicolás Ezequiel Virgilio.

## Índice

1.Introducción.....	4
2.Objetivos.....	4
3.Marco teórico.....	5
3.1 Conceptos generales de la obesidad.....	5
3.2 Diagnóstico y prevención de la obesidad.....	7
3.3. Prevalencia y epidemiología de la obesidad.....	8
3.4 Etiología de la obesidad.....	9
3.4.1 Etiología de la obesidad según diferentes líneas teóricas.....	11
3.5 Tratamiento de la obesidad.....	14
3.5.1 Aspecto nutricional.....	15
3.5.2 Actividad física.....	16
3.5.3 Terapia en obesidad.....	17
3.5.4 Terapia conductual en obesidad.....	18
3.5.5 Terapia cognitivo conductual en obesidad.....	19
3.5.6 Terapia grupal.....	22
3.5.7 Terapia grupal en obesidad.....	23
3.5.7.1 Expectativas de los pacientes.....	26
3.5.7.2 Coordinación de terapia grupal en obesidad.....	27
4. Metodología.....	29
4.1 Tipo de estudio.....	29
4.2 Participantes/muestra.....	29
4.3 Instrumentos.....	30
4.4 Procedimientos.....	31
5. Desarrollo.....	31
5.1 Presentación de la institución.....	31

5.2 Describir las características específicas de los grupos de descenso como parte del tratamiento contra la obesidad que tiene el centro terapéutico.....	32
5.3 Indagar las expectativas que presentan los pacientes que inician un tratamiento de descenso de peso.....	36
5.4 Identificar y analizar la importancia que le atribuyen los profesionales y los pacientes a la asistencia al grupo de descenso.....	39
5.5 Describir y analizar las intervenciones que realiza el director del centro terapéutico cuando asiste a los grupos de descenso.....	43
6.Conclusiones.....	48
6.1 Resumen del desarrollo.....	48
6.2 Limitaciones.....	49
6.3 Perspectiva crítica.....	50
6.4 Aporte personal.....	51
7. Referencias bibliográficas.....	54

## **1. Introducción**

Fue escogida como institución para la realización de la práctica de Habilitación Profesional V un centro terapéutico destinado al tratamiento de obesidad. La sede está ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicha clínica tiene como fin resolver los desórdenes alimentarios que presentan sus pacientes, mediante un cambio de hábitos respecto al vínculo de aquellos con la comida y así obtener una mejor calidad de vida.

La práctica consistió en el cumplimiento de doscientas ochenta horas presenciales en las terapias grupales, que se desarrollaron en el centro terapéutico, durante aproximadamente cuatro meses.

El trabajo con los pacientes es a través de un equipo interdisciplinario de profesionales (médicos, nutricionistas, psicólogos, psicoterapeutas, kinesiólogos y profesores de educación física) para brindarles una atención global e inclusiva de las distintas cuestiones que hacen al tratamiento contra la obesidad.

Allí se pretendió conocer y analizar las características de los grupos de descenso, como así también la importancia que se le atribuye a los grupos y las intervenciones que realizó el director.

## **2. Objetivos**

### **General**

-Describir y analizar las características de los grupos de descenso en un centro terapéutico contra la obesidad, la importancia atribuida a la terapia grupal y las intervenciones del director del centro terapéutico en dichos grupos.

### **Objetivos específicos**

-Describir las características específicas de los grupos de descenso como parte del tratamiento contra la obesidad que tiene el centro terapéutico.

-Indagar las expectativas que presentan los pacientes que inician un tratamiento de descenso de peso.

-Identificar y analizar la importancia que le atribuyen los profesionales y los pacientes a la asistencia al grupo de descenso.

-Describir y analizar las intervenciones que realiza el director del centro terapéutico cuando asiste a los grupos de descenso.

### **3. Marco teórico**

#### **3.1 Conceptos generales de la obesidad**

Una definición simple de la obesidad está asociada al aumento del tejido adiposo, quedando así excluidas las causas y complicaciones que derivan de ella. Ahora bien, una definición más completa surgirá del entendimiento de la obesidad como una enfermedad multifactorial compleja, compuesta por factores genéticos, fisiológicos, metabólicos, celulares, moleculares, sociales y culturales. Es decir, que la obesidad se caracteriza por el aumento del tejido adiposo, pero está escoltada por una gran cantidad de comorbilidades (Chavarría Arciniega, 2002). Es considerada una enfermedad crónica, consecuencia de la interacción entre la genética y factores ambientales. Es la Organización Mundial de la Salud (OMS) la que adopta al Índice de Masa Corporal (IMC) como referencia para la medición de la grasa corporal, estimándose en las mujeres un exceso de grasa a partir del 33% y del 25% en los varones (López Mojares, 2015). Este exceso está asociado a un mayor riesgo de salud, implicando una limitación significativa en las expectativas y calidad de vida. En este sentido, los valores que proporciona el IMC dan lugar a un procedimiento de clasificación de la obesidad basado en la correlación existente entre la grasa abdominal y la enfermedad cardiovascular (Moreno, 2012).

Sin perjuicio que en muchas ocasiones los términos sobrepeso y obesidad son utilizados como sinónimos, lo cierto es que no son lo mismo y pueden diferenciarse. Sánchez-Castillo, Pichardo-Ontiveros y López (2004) sostienen que el sobrepeso es entendido como un exceso de peso corporal comparado con la altura, mientras que la obesidad está determinada por un exceso de grasa corporal. Hay poblaciones que presentan un alto grado de masa adiposa en el cuerpo y una destacada correlación con peso corporal. Por ello, se considera al IMC un marcador válido y conveniente de adiposidad (Sánchez Castillo et al., 2004). El cálculo que se debe realizar para obtener el IMC es la división del peso corporal del individuo con su altura expresada en centímetros al cuadrado. Un valor igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup> es el indicador clínico utilizado universalmente para diagnosticar obesidad en ambos sexos. Sin embargo, más allá de lo efectivo que se muestra este índice de medición, Moreno (2012) entiende que el mismo presenta una limitación, que consiste en la imposibilidad de diferenciar en la composición de la masa corporal la contribución de la masa magra y de la masa grasa.

En términos biológicos, la obesidad se constituye como resultado del aumento del tamaño y el número de las células grasas que posee una persona, llamadas adipocitos. Un sujeto de peso y altura promedio tiene entre 25 y 30 billones de adipocitos. Cuando el individuo aumenta de peso, las células incrementan el tamaño y luego se multiplican. Por el contrario, en un proceso de disminución de peso, las células grasas disminuyen de tamaño, pero la cantidad es permanente. Esto explica la gran dificultad que significa bajar de peso para las personas (Daza, 2002).

Álvarez Castro (2005) postula que existen varias clasificaciones de la obesidad. En primer lugar, menciona la etiológica, compuesta por una obesidad primaria -más frecuente- y una obesidad secundaria -asociada con alguna enfermedad, tanto hormonal, genética o farmacológica-. Por otro lado, la obesidad puede clasificarse según la distribución de la grasa y se divide en androide -grasa acumulada en tronco y abdomen- o ginecoide -grasa acumulada en fémoro/glútea-. Asimismo, reconoce que la clasificación más utilizada en el mundo es en base al IMC. Los niveles de obesidad se ordenan en bajo peso (<18.5), peso normal (18.5-24.9), sobrepeso grado I (25-26.9), sobrepeso grado II (27-29.9), obesidad tipo I (30-34.9), obesidad tipo II (35-39.9), obesidad tipo III (40-49.9) y obesidad tipo IV (>50). Un último tipo de clasificación es la circunferencia de la cintura, resultando ser valores elevados en hombres >102 cm y en mujeres > 88 cm.

García García (2004) señala que el proceso de construcción de una definición de la obesidad resultó complejo por cuanto entiende que existen múltiples alteraciones que le dan carácter a la enfermedad -cronicidad, factores genéticos y ambientales, expresión clínica, comorbilidad, salud pública y tratamiento-. En igual sentido, Kaufer-Horwitz, Tavano-Colaizzi y Ávila-Rosas (2001) comprenden que arribar a una definición de obesidad no resultó fácil. Sostienen que esto es así desde el momento que se entiende a la obesidad como el exceso de grasa (tejido adiposo) con relación al peso, toda vez que el término “exceso” surge arbitrario, asociándose a un estándar de normalidad.

Ahora bien, más allá de la cuestión estética que provoca la obesidad, es el bajo nivel de vida que gozan los pacientes obesos lo que convierte a esta enfermedad en una problemática de la salud pública. Las enfermedades derivadas son incontables y los gastos económicos destinados a cubrir las demandas en la salud pública están estrechamente vinculados con ellas (Tárraga Marcos et al., 2014). Jiménez Acosta, Rodríguez Suárez y Díaz Sánchez (2013) destacan que la consecuencia de esta enfermedad, más allá de la alta mortalidad que presenta, es la importante comorbilidad que detenta con otros trastornos. El dinero destinado por la mayoría de los países a la atención médica por problemáticas

causadas como consecuencia de la obesidad representa entre el 1% y 3% del gasto público anual, pronosticándose para el futuro un aumento incipiente. Otros costos vinculados con la obesidad son la pérdida de productividad por muerte prematura y el empobrecimiento (Dávila Torres, González Izquierdo & Barrera Cruz, 2015). En la Argentina, el costo por muerte prematura atribuible a la obesidad en el 2007 fue de 190,5 millones de pesos, concentrándose el mayor costo en el rango etario medio (Elgart et al., 2010).

### **3.2 Diagnóstico y prevención de la obesidad**

Un paciente obeso debe ser evaluado, en todos los casos, por los especialistas de la salud en forma integral. Dicha concepción incluye indicadores dietéticos, clínicos, antropométricos y bioquímicos y su finalidad consiste en poder determinar tres aspectos del paciente que son de suma relevancia para arribar a un diagnóstico: a) grasa corporal y su distribución; b) edad de inicio de la obesidad y antecedentes familiares y c) presencia de alteraciones físicas y emocionales (Kaufer-Horwitz et al., 2001). Kaufer-Horwitz y Toussaint (2008) destacan el valor incuestionable que detentan los indicadores antropométricos en la construcción del diagnóstico. Agregan que dicha evaluación permite la identificación de riesgos, como así también, da lugar a la intervención, la evaluación y la exclusión de tratamientos. No obstante, afirman que esos indicadores no permiten establecer las causas de la obesidad en un paciente, impidiéndose de este modo arribar a un diagnóstico final completo. Entienden a los indicadores antropométricos como complementarios de los observados en la clínica y aportados por la bioquímica.

Los datos estadísticos actuales permiten afirmar que, tanto en la niñez como en la edad adulta, diagnosticar a tiempo el sobrepeso y la obesidad resulta ser clave para prevenir, detectar y abordar el tratamiento en el momento adecuado. García-García et al. (2008) estiman que prevenir la obesidad contribuye de manera directa y sustancial a la disminución de costos que dispone el estado para atender las demandas de los pacientes. Concretamente, prevenir la obesidad, implica una reducción de costos socioeconómicos. Dávila Torres et al. (2015) hacen referencia a las estimaciones confeccionadas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y mencionan que 155.000 muertes por año pueden ser evitadas en Japón si se llevara a cabo una estrategia de prevención efectiva, como así también 75.000 en Italia, 70.000 en Inglaterra, 55.000 en México y 40.000 en Canadá, tasando su costo anual en 12 dólares per cápita en México, 19 dólares en Japón e Inglaterra, 22 dólares en Italia y 32 dólares en Canadá.

La dificultad que presenta su prevención radica en la variedad y complejidad de las causas que la ocasionan, la falta de conocimientos sobre los mecanismos fisiopatológicos,

la elevada prevalencia de obesidad en la población infantil y adulta y la escasez de información que recibe la población respecto a los efectos adversos que aquella ocasiona (García-García et al., 2008). Daza (2002) asegura que los pacientes obesos aumentan significativamente los riesgos de morbilidad por hipertensión, dislipidemia, diabetes tipo II, enfermedad coronaria del corazón, accidentes cerebrovasculares, enfermedad de la vesícula biliar, osteoartritis, apnea nocturna, problemas respiratorios, cáncer de endometrio, glándula mamaria, próstata y colon.

### **3.3 Prevalencia y epidemiología de la obesidad**

La obesidad es una enfermedad que no discrimina en edades, etnias ni clases sociales. A nivel mundial, alcanzó valores epidémicos logrando que la OMS denomine a la obesidad como la epidemia del siglo XXI y el exceso de peso corporal se posicione en el sexto lugar como factor principal de riesgo de muerte en el mundo (Dávila Torres et al., 2015). Es la primera enfermedad crónica no transmisible en ser considerada una epidemia, afectando cada vez más a los jóvenes del mundo y superando en países con vías de desarrollo las cifras estadísticas de desnutrición aguda, siendo la zona de América Latina la región dónde puede visualizarse con mayor precisión dicha situación (Szer, Kovalskysa & De Gregorio, 2010).

Algunos datos que presentan los países llamados emergentes son relevantes desde el punto de vista estadístico. La obesidad alcanzó, en muchos casos, valores superiores a los que generalmente presentaba la desnutrición. En América Latina, Braguinsky (2002) asocia los índices de pobreza con los valores crecientes de obesidad, más allá de considerar que esta epidemia obedece a un problema de salud pública que involucra tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo. Los países que lideran la tabla internacional de prevalencia en obesidad son los Estados Unidos de Norteamérica y México con un 30%. Este valor resulta ser 10 veces mayor a los porcentajes que presentan Japón y Corea (Barrera Cruz, Rodríguez González & Molina Ayala, 2013). Rodríguez, Rodas, Mairena y Sánchez (2015) refieren que los países industrializados poseen una prevalencia de obesidad entre el 10% y 25% de adultos. La prevalencia de la obesidad a nivel mundial varía dependiendo de la nación que se analice. Vale destacar que, en países como China, dónde el porcentaje de prevalencia es bajo, en algunas ciudades puede alcanzar hasta el 20%. En España, la prevalencia de obesidad resultó ser del 14,5% y 38,5% de sobrepeso en el 2000. El estudio fue llevado a cabo sobre la población adulta e indicó que uno de cada dos sujetos mayores de edad poseía un peso mayor al recomendado. Otros estudios revelan que, en caso de continuar esta situación

incontrolable, el 100% de la población adulta americana llegará a ser considerada obesa en el año 2030 (Rodríguez-Rodríguez, López Plaza, López Sobaler & Ortega, 2011).

En la Argentina, los resultados obtenidos en la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (2013) revelaron que el 37,1% de la población presentaba sobrepeso y el 20,8% obesidad. Se advierte que el 57,9% detentaba exceso de peso, o sea, 6 de cada 10 personas registraron exceso de peso y 2 de cada 10, obesidad (Custodio, Elizathe, Murawski & Rutzstein, 2015). En niños y adolescentes, la prevalencia de obesidad también es alarmante. Los datos estadísticos reflejan que la genética queda por fuera de las causas estructurales (1 de cada 200 niños obesos), destacándose la significativa influencia de los cambios sociológicos, culturales y ambientales, responsables de las nuevas conductas obesogénicas, entre las que se encuentran la disminución de una alimentación natural, el aumento del consumo de grasas, hidratos de carbono refinados, gaseosas y jugos artificiales azucarados y las comidas rápidas de bajo precio, pobre calidad nutricional y alta densidad energética (Pérez, Sandoval, Schneider & Azula, 2008).

### **3.4. Etiología de la obesidad**

En cuanto al origen de esta enfermedad, se considera que la obesidad no es unicausal, por el contrario, se estima que la misma está constituida por una sumatoria de factores que favorecen a su existencia como problemática social. Entre ellas se encuentra la susceptibilidad genética, estilos de vida, globalización, cultura, condición económica, educación, urbanización y condiciones sociopolíticas (Barrera Cruz et al., 2013). López Alarcón y Rodríguez Cruz (2008) refieren que la disponibilidad de alimentos no puede entenderse como causal directa del sobrepeso y la obesidad, reduciéndose, entonces, el ámbito de la enfermedad al de países desarrollados y privilegiados económicamente, sino que es el ámbito obesogénico, producto de la urbanización, el que fomenta una vida poco saludable. Barquera Cervera, Campos Nonato, Rojas y Rivera (2010) le atribuyen gran responsabilidad al aumento del consumo de comida rápida o elaborada fuera de la casa, a la disminución del tiempo para la preparación de alimentos y al aumento indiscriminado de publicidad respecto de alimentos industrializados, todo ello acompañado de una reducción en la actividad física y un cambio en la compra de determinados alimentos (baja en el consumo de la leche, frutas y verduras y un aumento en hidratos de carbono refinados y bebidas azucaradas).

El enfoque biopsicosocial, justamente, la percibe como la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales (Hernández Jiménez, 2004). Desde el punto de vista

biológico, los factores genéticos se encuentran implicados tanto en la ingesta de alimentos, como así también, en la reducción de calorías. Es sabido que el número de genes implicados en la obesidad supera los doscientos (Martínez, Moreno, Marques Lopes & Martí, 2002). La tarea abocada a la identificación de factores genéticos en la obesidad ha sido todo un desafío. Los estímulos que se presentan en el ambiente y que tienden a la obesidad interactúan con la variación genética que influye en la susceptibilidad o resistencia de las personas. Rojas Jiménez, Lopera Valle y Cardona Vélez (2013) hacen mención a la teoría de “genes ahorradores de energía” que permite explicar cómo algunos de ellos colaboran con esta enfermedad. Se trata de personas que procesan los alimentos de una manera distinta, depositando grasa en los períodos de abundante consumo. Como resultado, aquellos sujetos que portan esos genes "ahorradores" serán más susceptibles a la obesidad. Otra evidencia genética la aportan los gemelos homocigóticos, quienes, aunque crezcan por separado, oscilarán en un peso muy parecido entre ellos y respecto de sus padres. Aquellos individuos que inician con obesidad en la niñez tienen el doble de posibilidades de ser obeso que los sujetos que comienzan con obesidad en la etapa adulta (Rodríguez Scull, 2003).

De igual manera, forman parte de este grupo de factores biológicos los llamados metabólicos y endócrinos. Respecto a los primeros, se considera cierto que un aumento en el almacenamiento energético del tejido adiposo puede ser el resultado de una anomalía metabólica desencadenando un cuerpo obeso. Kaufer-Horwitz et al. (2001) postulan que se puede arribar a la obesidad por distintos caminos. El primero de ellos sería la desviación preferente de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos. Una segunda posibilidad es la probabilidad del aumento de la eficiencia para degradar los hidratos de carbono, los ácidos grasos y los aminoácidos y almacenar la energía adicional en forma de triglicéridos en el tejido adiposo. Finalmente destacan otras dos opciones; una mayor eficiencia para efectuar trabajo fisiológico, lo que da por resultado una situación en la que se requiere menos energía y el exceso de ésta se convierte en triglicéridos, que se almacenan en el tejido graso y, una última que es la inhibición de la movilización de la energía almacenada en forma de triglicéridos en el tejido adiposo.

Hernández Jiménez (2004) denomina a esta situación actual de la sociedad como “mutación ambiental”, compuesta por una importante disponibilidad de comida, predominio de la ingesta de alimentos al final del día y una reducción del ejercicio. Rodríguez Scull (2003) entiende que el aumento de la vida sedentaria es resultado de la cantidad de medios de transportes que se dispone, ascensores, equipos electrodomésticos

que se utilizan en la vida diaria, como así también el tiempo destinado a la televisión o computadora. Respecto a la actividad física, señala que la misma es programada, casi siempre llevada a cabo, precisamente, no por los más sedentarios y en su gran mayoría es seguida de un gran período de inactividad. A ello, debe sumarse el fácil acceso a las comidas calóricas con bajos nutrientes y la falta de consumo de comidas sanas, por cuanto estas requieren un tiempo y costo que una considerable parte de la población no está dispuesta a elaborar. Todos estos factores ambientales se encuentran unidos de manera estrecha a los psicológicos, que ayudan a la perpetuación del incremento de la obesidad. Kaufer-Horwitz et al. (2001) explican que, tanto en las personas obesas como en los sujetos con peso saludable, la comida adquiere una dimensión distinta, además de la función nutricional. Por ello, la respuesta que los sujetos alcancen frente a los estímulos ambientales relacionados con la comida determinará la presencia o ausencia de obesidad en dichos individuos, deduciéndose que las personas con sobrepeso presentan una mayor capacidad de respuesta a estos incentivos.

En algunas circunstancias, las perturbaciones emocionales son responsables de una sobrealimentación y, en definitiva, de la obesidad. Koffman (2009) entiende a la emoción como aquello que moviliza al ser humano y considera al manejo de la misma como una de las principales dificultades que presenta el tratamiento de la obesidad. Las complicaciones emocionales son una realidad en el paciente obeso ya que provocan una disfunción en el vínculo que el sujeto tiene con los otros, con sí mismo y con su estado de ánimo (Bravo Del Toro, Espinosa Rodríguez, Mancilla Arroyo & Tello Recillas, 2011). Koffman (2009) destaca la relación estrecha que presenta la emocionalidad con la valoración de la realidad y, finalmente, con la conducta. Sostiene que lo emocional está presente en cada acto que lleva a cabo el ser humano y, al ubicarlo en el campo de la obesidad, observa que la ingesta de alimentos es disparada por un hecho emocional. Dicha conducta resulta ser consciente pero incontrolable. La emocionalidad no puede ser gobernada de forma plena ni constante, pero existen trabajos terapéuticos que permiten mejorar el rendimiento, convirtiéndose ello en uno de los puntos claves del tratamiento. La experiencia de vida que posee cada sujeto establecerá el nivel de sensibilidad que presente frente a determinadas circunstancias. Surge relevante identificar ante qué situaciones emocionalmente particulares el paciente se moviliza e incurre en una inadecuada alimentación. Luego, será apropiado trabajar en el ámbito terapéutico para despegar aquella conducta del disparador emocional.

### **3.4.1 Etiología de la obesidad según diferentes líneas teóricas.**

El psicoanálisis entiende que la existencia de un sujeto supone la construcción de un cuerpo y de su propio goce. Ahora bien, más allá de las propiedades generales que se pueden destacar de la personalidad del obeso, lo cierto es que el psicoanalista intentará, en el marco de un tratamiento, realizar una búsqueda con el afán de encontrar la ubicación del sufrimiento y del padecer, situación que permitirá conocer las cuestiones singulares del paciente (Mastropierro, Mogaburu & Loprete, 2010). Aquellas características que algunos modelos destacan propias de la obesidad, como lo son, por ejemplo, el sedentarismo y la acción compulsiva de comer, no resultan suficientes para utilizar como parámetros en la definición de un paciente obeso. Por el contrario, para el psicoanálisis serán las respuestas al malestar y la manera propia de gozar del individuo las categorías adecuadas para ello. Meza Peña y Moral de la Rubia (2011) afirman que el paciente obeso aprovecha la condición de visibilidad que es propia del cuerpo para manifestar a través de él un mensaje. En cada paciente, ese mensaje -o exceso de kilos- significa algo diferente. Sin embargo, en forma general sí consideran que la obesidad, en tanto es pensada como síntoma, funciona con la finalidad de resolver un conflicto.

En contraposición a lo desarrollado por los profesionales que intervinieron en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), desde el psicoanálisis, la obesidad sí es considerada un trastorno de la alimentación. La acción repetida de ingerir alimentos es un recurso que utiliza el paciente para poder soportar una pérdida. Dalprá, Jiménez Urrego, Botero Carvajal y Villamarín Betancourth (2015) piensan a la obesidad como un mecanismo de defensa y proponen una correlación directa entre el concepto de pérdida, negación e incorporación de objeto, por cuanto la ingesta de comida sugiere la oposición, por parte del sujeto, a una pérdida. Mastropierro et al. (2010) hacen hincapié en que, desde el psicoanálisis, se considera al acto de comer de un obeso como una acción ambigua, ya que provoca un malestar en el sujeto al mismo tiempo que posterga otro. Para el paciente, el comer implica gozar, no tanto por los sabores que son propios de los alimentos, sino más bien porque, al ingerirlos, el obeso evita una falta, intentando eludir la angustia. La comida tiene la finalidad de llenar al sujeto y su acto repetido permite que se mantenga constante en ese estado. De esta manera, se afirma que hay algo más allá del hambre y de la necesidad biológica que lleva a una persona a comer.

Por otro lado, aquellos profesionales que adhieren al modelo teórico conductual, entienden que el acento de la problemática de la obesidad está puesto precisamente sobre

la conducta del sujeto. Ésta puede ser adaptada como inadaptada, pero en ambos casos resulta ser aprendida y por ello, el tratamiento que llevan a cabo los terapeutas tiene sustento en la posibilidad de modificar el comportamiento visible del paciente (Martínez Álvarez, s.f.). Los episodios de ingesta excesiva, de alto contenido calórico, como así también las recaídas en un plan de descenso de peso, son producto de aquellos estímulos que anteceden a las conductas, los cuales conforman un cuadro desagradable que impactan sobre la acción del comer (Leija-Alva et al., 2011).

A diferencia de otros modelos teóricos, Sierra Murguía, Vite Sierra y Torres Tamayo (2014) sostienen que la terapia conductual sí reconoce en los pacientes obesos características generales. Entre ellas se encuentran el sedentarismo, la mala alimentación -incorrectos horarios y exceso en grasas y carbohidratos- y la baja actividad física. Sobre estos elementos se pone énfasis en el tratamiento, el cual está basado en el aprendizaje de nuevas conductas. Martínez Álvarez (s.f.) afirma que esas características generales pueden ser consideradas como patrones y entiende que los mismos son aprendidos, destacando que se logran mantener presentes en la vida del sujeto como consecuencia de la masiva y contaminante exposición a determinados alimentos poco saludables, como así también a la influencia cultural de las sociedades y las familias.

Desde el modelo teórico cognitivo-conductual, se admite que el ser humano construye su mundo a partir de esquemas. Estos se fabrican y se moldean a partir de las vivencias que cada individuo debe enfrentar en sus vidas. El modo en que lo hace es en función de las cogniciones, recuerdos, emociones, verbalizaciones y/o imágenes que surgen en este proceso de estructuración y que, finalmente, determinan los afectos y las conductas del sujeto. Por lo tanto, son las experiencias de las personas las que desarrollan actitudes y creencias, constituyendo finalmente las cogniciones. (Leija-Alva et al., 2011). Martínez Álvarez (s.f) considera que los pacientes obesos presentan un ciclo de errores cognitivos que se mantiene constante producto de una manera automática de procesar los pensamientos distorsionados. La cognición, además de los procesos intelectuales y los pensamientos, incluye ideas, expectativas, atribuciones, imágenes y creencias, obteniéndose así la construcción de una red de cruzamientos entre las emociones, pensamientos y conductas. Como sostiene Sierra Murguía (2013), las distorsionadas maneras en que el obeso piensa sobre sí mismo, sobre la alimentación o respecto a una situación en particular tiene un efecto concreto sobre sus emociones y la conducta.

En la práctica, Sierra Murguía et al. (2014) mencionan que algunas de las ideas más comunes de los obesos son “ya rompí la dieta, voy a romperla bien”, “hoy estoy

cansado, no haré ejercicio”, “ya voy a operarme, hasta entonces seguiré comiendo”. Otro pensamiento frecuente que influye en la conducta de manera negativa es “debo terminar todo lo que hay en el plato”. Aguilera Sosa, Leija-Alva, Rodríguez Choreño, Trejo Martínez y López de la Rosa (2009) indican que otras de las creencias irracionales más usuales son que no tendrán apoyo y contención emocional, la idea de que se está aislado de todos por ser diferente, el convencimiento de ser inferior y un fracasado respecto de los otros y la convicción errónea de creerse capaz de satisfacer las necesidades de los otros antes que las propias. Cormillot (2008) las clasifica en distintos grupos, a saber: a) demandas dogmáticas, el “deber” ser.; b) pensamientos absolutos, “blanco o negro”. Un ejemplo de este sería: “Si no bajo de peso ahora, dejo la dieta”; c) tremendismo, como por ejemplo “Esto es terrible, horrible, espantoso, nunca podré bajar de peso”; d) baja tolerancia a la frustración “No lo puedo soportar, todo me pasa a mí” y d) enjuiciamiento, “Esta dieta es mala” o “No sirvo para hacer dieta”.

La psicoterapia cognitivo conductual estima que los pacientes obesos son generalmente vulnerables en virtud de estas ideas sobrevaloradas o mal valoradas que presenta el paciente respecto al peso, la imagen corporal y dietas, cosechándose un desorden a nivel alimenticio (Villaseñor Bayardo, Ontiveros Esqueda & Cárdenas Cibrián, 2006). Sierra Murguía (2013) afirma que el éxito de esta terapia se alcanzará mediante el cambio de esos esquemas funcionales que presenta el paciente, situación que finalmente provocará la adquisición de patrones alimenticios más saludables y disminuirán las recaídas luego del descenso de peso.

### **3.5 Tratamiento en la obesidad**

El tratamiento de la obesidad es un proceso largo que se enfrenta con dificultades tales como el desapego al mismo y la falta de continuidad en los nuevos hábitos logrados durante el descenso de peso. A través de un enfoque interdisciplinario, el proceso consiste en la búsqueda de resultados eficaces a corto, mediano y largo plazo (Flores Domínguez, 2012). El paciente obeso tiene afectados varios aspectos de su vida como lo son la personalidad, la autoestima, la vinculación afectiva y la sexualidad -entre otros-. Ante este panorama, Pierrri (2011) sostiene que el tratamiento más completo es aquel que está armonizado por un trípode, cuyos componentes son la consulta médica, la consulta nutricional y la psicoterapia grupal o individual. Un complemento necesario es la actividad física, reuniones interdisciplinarias y supervisiones psicopatológicas.

El primer elemento a tener en cuenta en un tratamiento consiste en entregar al paciente la correcta información respecto al desorden que presenta. A esta primera

instancia, Guelar y Crispo (2001) la llaman psicoeducación, que tiene como fin que el paciente comprenda cuál es su situación y así pueda asumir una modificación de actitudes que le permitan resolver sus problemas. Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga (2014) destacan su importancia por cuanto ayuda a los pacientes a comprender la influencia que tienen algunos comportamientos disfuncionales que se presentan como reforzadores de la mala conducta alimenticia, permitiéndoles descubrir nuevas formas para solucionarlo.

En general, los repetidos intentos malogrados de solución son los responsables para que la situación continúe de manera estable. En este sentido, el objetivo del tratamiento parece ser la seducción del paciente y, en consecuencia, la obtención de conductas diferentes por parte de los individuos sometidos a la terapia. Para lograr esto, hay que tener en cuenta la vida personal y sus contrariedades (Crispo, Figueroa & Guelar, 1994). Por ello, una dieta apoyada solamente en lo que se permite o no comer parece quedar exigua al lado de semejante enfermedad (Ventriglia, Chimirri, Fernández & Lareu, 2012).

### **3.5.1 Aspecto nutricional**

La alimentación resulta ser uno de los elementos básicos del tratamiento contra la obesidad. Es necesario que el paciente pueda diferenciar entre lo que significa hacer una dieta y un plan de alimentación. Ventriglia et al. (2012) aseguran que la palabra dieta contiene significados negativos que no favorecen al tratamiento y que anula el poder de decisión de una persona, mientras que el plan de alimentación encuentra una manera amplia para construir un nuevo hábito y así poder mejorar la calidad de vida del paciente, por cuanto ese plan estimula la capacidad de elección del individuo, dándole un lugar de primacía al protagonismo.

Guelar y Crispo (2001) indican que para alcanzar una vida saludable el sujeto debe adquirir hábitos alimentarios que la estimulen. Reconocen que esos hábitos no vienen dados al nacer, por el contrario, deben ser incorporados en las vidas de los individuos a través del aprendizaje, los cuales se ponen en práctica gracias a la intervención de dos conceptos fundamentales que son la elección y la decisión. En función de ello, resulta adecuado analizar la distancia conceptual que existe entre el comer y alimentarse. El primero es un acto humano, propio e individual, como respuesta a la demanda física del hambre, que consiste en ingerir un alimento y que está rodeado de connotaciones de todo tipo (biológicas, psicológicas, culturales y simbólicas). En cambio, alimentarse radica no solo en ingerir un alimento como solución al apetito, sino también que aquellas sustancias

que se incorporan al organismo constituyan un aporte beneficioso para la salud. Partiendo de esta idea, se desprende que los problemas nutricionales devienen como consecuencia de una mala elección de los alimentos. Es fundamental que el individuo conozca los nutrientes que cada alimento posee y cómo funcionan en el organismo.

Ventriglia et al. (2012) proponen que el individuo lleve a cabo cuatro comidas diarias y dos colaciones. Al poner en funcionamiento el metabolismo, se gasta energía. Una persona que come seis veces al día bajará más de peso a comparación de un sujeto que ingiera lo mismo en una sola comida. Esto sucederá porque el gasto de energía se produce más veces al día, manteniéndose al sujeto sin hambre y garantizándole un aporte constante de energía al cuerpo para que la persona pueda consumirla. De lo contrario, un gen ahorrador disminuirá el metabolismo y se producirá un ahorro de energía, lo que llevaría a una caída del gasto y en consecuencia un menor descenso del peso.

### **3.5.2 Actividad física**

Conseguir el equilibrio calórico en la vida de las personas es el elemento clave en el tratamiento. La cantidad de actividad física que los obesos puedan desarrollar tendrá una influencia directa en la reducción de calorías. Si el gasto calórico supera la ingesta, la consecuencia será la baja en el peso. Es sumamente recomendable la práctica de una hora de actividad física diaria. Estudios realizados demuestran que un sujeto con un promedio de 200 a 250 minutos de actividad física semanal tiene un gasto aproximado de 2.200-2.500 calorías por semana (Barrera Cruz et al., 2013).

La cultura del sedentarismo y del gimnasio se encuentran instaladas en la sociedad. La comunidad capitalista actual genera una sensación de orgullo en las personas cada vez que ejercen la menor cantidad de esfuerzo para obtener algo. La idea de conseguir eso deseado a un bajo costo de sacrificio es un aspecto considerado positivo. En contrapartida, ha surgido una cultura vinculada al bienestar físico como opuesto al sedentarismo, liderada por la actividad física y la práctica de ejercicios en los gimnasios (Ventriglia et al., 2012). Cuando el paciente comienza a bajar de peso, es conveniente que la pérdida de kilos sea producto de una disminución de la dimensión del tejido adiposo y no del tejido muscular. Para velar por ello, la actividad física moderada resulta esencial. Una vez alcanzado el peso deseado, el ejercicio físico es el mejor predictor para el mantenimiento del peso, además de los beneficios que ocasiona a la salud (Kaufer-Horwitz et al., 2001). Quaglia de Brandes (s.f.) señala que con la actividad física son innumerables las ganancias que se adquieren, siendo los más destacados el mantenimiento de la autoestima, la motivación, el efecto distractor y relajante de la cotidianidad a nivel mental, el corte del

círculo vicioso (tensión-excesos en la ingesta-culpa-tensión), el favorecimiento en el proceso digestivo, el alivio del estrés y el control de la ansiedad provocando una disminución del apetito.

Se tiene por cierto que lo más complejo en el tratamiento de la obesidad no recae particularmente sobre el período de descenso de kilos sino más bien al momento de tener que mantener el peso saludable alcanzado. Ventriglia et al. (2012) sostienen que la actividad física es la gran aliada del mantenimiento. La probabilidad de mantener el peso conseguido luego de un plan de descenso es mucho mayor en aquellas personas que realizan de manera constante ejercicio a diferencia de los sujetos que se limitan a realizar una dieta alimentaria. Ahora bien, para mantener tal hábito es necesario que el paciente experimente placer y, en consecuencia, motivación al realizar la actividad física. Así, el placer en el ejercicio se transforma en una fuente de retroalimentación para el individuo, modificándose aquellos etiquetamientos que hace la sociedad respecto de la actividad física como aburrida y pesada.

### **3.5.3 Terapia en obesidad**

En el marco de un tratamiento contra la obesidad, además de tener en cuenta el aspecto nutricional y la actividad física -ya desarrollados en los apartados precedentes-, la terapia resulta ser otro de los elementos a destacar. Al momento de valorar el éxito terapéutico, no alcanza con apreciar solamente la disminución de peso. Lo importante es adquirir resultados positivos relacionados con la calidad de vida. Esto llevará a reducir la cantidad de recaídas en los pacientes, tan frecuentes en esta enfermedad (Villaseñor Bayardo et al., 2006). La terapia se muestra como uno de los elementos más importantes en un proyecto de descenso de peso, toda vez que las emociones del ser humano, su personalidad, pensamiento y conducta están determinados por los principios del aprendizaje. El propósito resulta ser, mediante un reaprendizaje, que se obtenga una nueva conducta (Korbman de Shein, 2010). La terapia encuentra su espacio de intervención en el tratamiento toda vez que pone sus técnicas y herramientas al servicio del desarme de la incorrecta secuencia alimenticia que presente el paciente (Kaufer-Horwitz et al., 2001).

Es sabido que la pérdida de peso de un paciente sometido a un tratamiento de obesidad es progresiva. Martínez Vallsa, Ibáñez Guerrab, Ortega Serranoc, Sala Palaub y Carmena Rodríguez (2002) entienden que, en el marco de una terapia psicológica, el terapeuta debe negociar con el paciente con el fin de establecer objetivos. Para alcanzar buenos resultados, tanto el paciente como el profesional deben estar convencidos de las decisiones que se toman. Es fundamental que en la terapia no se establezcan objetivos

inalcanzables. Tal error puede desembocar en el abandono del tratamiento. Por el contrario, un factor que favorecerá al buen desarrollo de la terapia será que el terapeuta tome conocimiento de las razones por las que el sujeto decidió someterse a un tratamiento que lo ayude a bajar de peso. Vázquez Velázquez (2004) afirma que es altamente aconsejable que el psicólogo pueda conocer la voluntad real del paciente para hacer frente a su problemática, como así también las circunstancias personales en las que se encuentra su vida. Estos elementos funcionarán como parámetros para identificar si es el momento adecuado o no para encaminarse en un tratamiento de adelgazamiento. Dicha importancia está sujeta a la gran cantidad de energía, esfuerzo, compromiso y concentración que se requiere. Por el contrario, Ravenna (2006) considera que una persona siempre puede cambiar y alcanzar los objetivos que se propone más allá del momento de la vida que esté transitando. Su idea se sustenta en la terapia grupal, entendida como un lugar de encuentro que funciona como estímulo para apartarse del círculo endogámico que rodea al sujeto e inmiscuirse en un mundo de desafíos, libre de prejuicios.

#### **3.5.4 Terapia conductual en obesidad**

Frente a las condiciones ya descritas en los apartados anteriores respecto a las circunstancias que hacen al tratamiento del paciente obeso, la psicología conductual propone la modificación de la conducta alimentaria como meta de llegada (Kaufer-Horwitz et al., 2001). Larrañaga y García Mayor (2007) comprenden que el objetivo de la psicoterapia conductual tiene sustento en los principios de la teoría del condicionamiento clásico y operante, afirmando que la conducta es el resultado de un hecho anterior y que la relación que se establece entre el antecedente y la acción del sujeto se fortalece gracias a la reiteración. Kaufer-Horwitz et al. (2001) se basan en la técnica propuesta por Skinner para afirmar que una terapia alcanzará su objetivo de modificación de conducta siempre y cuando se produzca la búsqueda de tres condiciones. La primera de ellas es conocer que sucedió antes de la conducta de ingerir (antecedente conductual). En segundo lugar, se debe analizar que ocurrió durante el desarrollo de la conducta (respuesta conductual). Por último, corresponde investigar que realiza el sujeto después de finalizada la acción y qué es lo que la refuerza (consecuencias de la conducta).

Con el propósito de modificar los malos hábitos que presenta el obeso, la terapia conductual propone poner en práctica en el tratamiento las técnicas del automonitoreo de la ingesta y del ejercicio físico, el control del estrés y de las condiciones psicológicas que empujan al paciente a la ingesta, como así también la resolución de problemas vinculados con el peso y sus respectivas alternativas (Cuevas & Reyes, 2005). El control de los

estímulos consiste en obtener una modificación en los hábitos que provoque un comportamiento diferente y beneficioso para la pérdida de peso. Resultan ser ejemplos de esta técnica la posibilidad de restringir el número de lugares donde esté permitido comer, ingerir los alimentos lentamente y guardarlos en recipientes opacos, no saltar comidas, etc. (Garulet & Gómez Abellán, 2012). Lafuente (2011) recomienda que el paciente bajo tratamiento coma sentado y sin el desarrollo de otras actividades paralelas, establecer límites y/o listas de comidas y levantarse de la mesa una vez finalizada la comida.

El automonitoreo es entendido por Vázquez Velásquez y López Alvarenga (2001) como una manera de obtener información del paciente por cuanto el sujeto deberá registrar de forma escrita y regularmente aquellos alimentos que ingirió y en el contexto que lo hizo. Esta medida permitirá al terapeuta direccionar las demás intervenciones en el tratamiento. Según Garulet y Gómez Abellán (2012), el objetivo de esta técnica radica en concientizar al individuo de qué es lo que come y cuáles son las situaciones de riesgo que enfrenta. Otra de las intervenciones conductuales más destacadas es el reforzamiento. Consiste en que el terapeuta aproveche la manifestación de una conducta positiva -aquella que promueva un buen hábito alimentario- para reforzarla y modificar esa visión del obeso en cuanto a que todo lo que realiza está mal y por eso debe cambiarlo. Es decir, revelar al paciente que su conducta ha sido beneficiosa con el tratamiento de descenso de peso y por ello debe repetirlo (Kaufer-Horwitz et al., 2001). El reforzamiento debe ser entendido como un incentivo ajeno a los alimentos. Algunos ejemplos son la compra de ropa nueva ante el logro de un peso determinado, como así también puede ser un premio o un regalo frente al cumplimiento de un objetivo (Garulet & Gómez Abellán, 2012).

La terapia conductual también interviene en la práctica de la actividad física. Su tarea se basa principalmente en transformar al ejercicio físico en una fuente de retroalimentación. Para ello, el paciente debe obtener el placer al hacer ejercicio. Si se logra que el sujeto reduzca su postura sedentaria y la cambie por una más activa, el obeso descubrirá el beneficio que eso provoca y repetirá (Ventriglia et al. 2012). Garulet y Gómez Abellán (2012) sugieren que el paciente se establezca como meta la realización de 10.000 pasos diarios. A tal fin, recomienda el uso del podómetro, que se emplea para contabilizar los pasos. Asimismo, plantean dejar de lado la televisión y realizar una anotación diaria para llevar un registro del grado de inactividad o actividad, como así también del tiempo dedicado a la actividad física específica.

Una de las limitaciones a las que se enfrenta la terapia conductual consiste en que el paciente se encuentra sumergido en un contexto cultural y social que fomenta aquellos

estímulos desfavorables para lograr la modificación de los comportamientos buscados. Berrocal, Luciano, Zaldívar y Esteve (2003) destacan específicamente al sedentarismo y al modelo consumista como los más significativos. Sin embargo, los resultados de estudios llevados a cabo en el marco de un programa aplicado en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga revelan que los participantes lograron alcanzar un mayor control de conducta a partir de un tratamiento de terapia conductual, tomándose como parámetros la velocidad y la frecuencia, tanto de la ingesta como del ejercicio físico.

### **3.5.5 Terapia cognitivo conductual en obesidad**

Fernández-Moreno, Jiménez-García y Granados Bolívar (2015) sostienen que el modelo cognitivo conductual asiste eficazmente al paciente para la identificación y posterior modificación de las conductas o hábitos que contribuyen a la obesidad de la persona. Una de las características principales es que su estrategia se fundamenta en hacer foco sobre aquellas cuestiones que el paciente debe realizar para cambiar la situación actual más que preguntarse respecto del porqué (Larrañaga & García Mayor, 2007). Lafuente (2011) destaca que generalmente el paciente visualiza sin inconvenientes aquellos problemas de la obesidad vinculados con el cuerpo, tanto a nivel estético como salud, pero no es así respecto de sus pensamientos, señalando que éste es un campo ideal para que trabaje la terapia.

Larrañaga y García Mayor (2007) mencionan que la terapia cognitivo conductual se lleva a cabo a través de un proceso que consta de cinco pasos generales e indispensables para alcanzar el éxito terapéutico. En primer lugar, se deberá ampliar la consciencia que el sujeto presenta respecto a sus formas de pensar. Luego, se deberá hacer visible la conexión real que existe en el paciente entre aquellos pensamientos o sentimientos negativos y la conducta alimenticia. El tercer y cuarto paso consisten en analizar la validez de algunos pensamientos o creencias y sustituir aquellos erróneos por otros más apropiados. Finalmente, se propone un cambio gradual en las suposiciones que aparecen ocultas en las conductas practicadas cuando se ingieren los alimentos. El proceso terapéutico debe hacer hincapié en el presente del paciente, sin recorrer de manera exhaustiva su pasado. Fruto de las sesiones terapéuticas, el sujeto adquiere una serie de elementos esenciales, destacándose el aprendizaje, la modificación de conducta, tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades. Cuevas y Reyes (2005) precisan que las técnicas cognitivas más empleadas son el fomentar un aprendizaje para adquirir una visión realista respecto a los objetivos de pérdida de peso, un mejor manejo de la autoestima y el desarrollo de un mecanismo de prevención para posibles recaídas.

Una investigación desarrollada por la Universidad de Monterrey evidenció que aquellos pacientes obesos que recibieron intervenciones psicológicas como parte del tratamiento obtuvieron una mayor reducción del peso a diferencia de los sujetos que solamente percibieron información como parte del plan. Alvarado Sánchez, Guzmán Benavides y González Ramírez (2005) afirman que fueron las técnicas cognitivo conductuales las responsables del éxito logrado por el grupo que recibió la intervención psicológica, sumado al mejoramiento de la autoestima que se observó al finalizar el estudio. Las técnicas empleadas fueron la reestructuración cognitiva, basada en la modificación de pensamientos negativos o irracionales por positivos o racionales; el autocontrol y autoestima, relacionada con la fuerza de voluntad frente a los diferentes estímulos que se presentan; línea base, abocada a la visualización por parte del paciente del avance logrado durante el desarrollo de la investigación; relajación, vinculada directamente con la ansiedad y su manejo y el reforzamiento, direccionada a la motivación del participante por medio de reforzadores positivos, como por ejemplo, aplausos, reconocimiento verbal y premios para los que alcanzaran la meta.

Una de las intervenciones más destacadas es la reducción de los niveles de ansiedad a través de técnicas de relajación. La ingesta de alimentos funciona en ocasiones como un intento de solución a la ansiedad provocada por distintas situaciones de la vida cotidiana como así también por la propia ingesta de alimentos o la pérdida de control sobre ellos. En este contexto, la relajación muscular y su práctica diaria surge como alternativa para disminuir esos niveles de ansiedad (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez & Vidal, 1997). Además, los pacientes obesos tienden a presentar una actitud de autoderrota y pensamientos de “todo o nada”. Frente a esta situación de baja autoestima, la reestructuración cognitiva se implementará para que el paciente tenga la capacidad de identificar y luego cambiar los pensamientos y creencias vinculados con el peso y su imagen corporal. Concretamente, sustituirá aquellas afirmaciones negativas y autodestructivas por otras más estimulantes y positivas (Garaulet & Gómez Abellán, 2012). La finalidad de esta técnica consiste en que el paciente realice un análisis objetivo de las evidencias favorables y desfavorables de los pensamientos que posee para adquirir otros más apropiados (Raich, 2004).

Otra técnica conocida es el entrenamiento de solución de problemas. Dicho procedimiento encierra una doble finalidad para el paciente. En primer lugar, está destinada a la forma de plantear los problemas. Estos deben ser entendidos como respuestas inadecuadas y no como situaciones imposibles. Por otro lado, se busca la ruptura de aquellos circuitos que fomentan la malnutrición. Esta técnica consta de cinco

pasos básicos (identificación de problemas / definición del problema / elaboración de alternativas / selección / evaluación de resultados) que debe poner en práctica el paciente en su vida diaria a fin de elevar su nivel de confianza a la hora de resolver conflictos (Casado et al., 1997). Larrañaga y García Mayor (2007) señalan que estas técnicas consiguen que el paciente llegue al autocuestionamiento, por cuanto la posibilidad de otras alternativas a los pensamientos y conductas habituales del sujeto genera una situación desafiante a la que el paciente deberá enfrentar. Esto dará lugar al origen de nuevas formas de responder ante determinadas circunstancias alimenticias. Asimismo, es importante que el paciente adquiera la mayor cantidad de información respecto a la problemática de la obesidad y todas sus cuestiones asociadas. Esto estimulará al paciente para conseguir su adhesión al tratamiento como resultado del aumento de su motivación, y además le brindará un conocimiento importante de las distintas dietas posibles, control de calorías e influencias psicológicas en la obesidad (Casado et al., 1997).

Por otro lado, para que el tratamiento sea sostenido en el tiempo es necesario que el paciente se encuentre motivado. La motivación será resultado del convencimiento de las indicaciones que logren alcanzar los terapeutas en sus pacientes (Montero, Cúneo, Facchini & Bressan, 2002). Es cierto que la motivación proviene del propio paciente, pero el entorno sociofamiliar y profesional puede estimular la confianza necesaria que requiere el individuo obeso para creer que el cambio es posible (García Llana, Rodríguez Doñate & de Cos Blanco, 2010). Para lograr que el paciente se motive, basta que el profesional se encargue de generar la disonancia cognitiva suficiente. Así, el sujeto se pondrá en duda aquellas cuestiones que tenía como ciertas, lográndose finalmente un paso para el cambio de conductas (Fernández-Moreno et al., 2015).

### **3.5.6 Terapia grupal**

Las variedades de técnicas que plantean las diferentes corrientes psicológicas mencionadas en los párrafos anteriores pueden llevarse a cabo en el marco de la terapia grupal. Cuando se habla de un grupo, no se hace referencia a un número de personas agrupadas solamente, por el contrario, se alude a un conjunto de personas que se relacionan entre sí donde converge la finalidad que tienen en común. Por ello, se entiende que el verdadero interés recae sobre el efecto que provocan unos individuos sobre otros, como así también el peso que tiene el grupo en su totalidad por sobre los individuos aislados (Francia & Mata, 2014). González (1997) entiende que la característica principal de todos los métodos terapéuticos grupales es la ayuda recíproca -terapéutica- de la totalidad de sus miembros. Tanto el coordinador como los pacientes se encuentran al

servicio del grupo. Éste consiste en el encuentro de individuos, planeado anteriormente, en un tiempo y espacio determinados, dónde los integrantes comparten un propósito en común, el cual radica en hacer visibles y transformar aquellas conductas inadecuadas que presentan sus miembros para luego obtener el descubrimiento y afirmación de conductas sanas (O´Donnel, 1974 y 1977, citado por Díaz Portillo, 2000).

El grupo es considerado un escenario ideal para ayudar a alguien con un problema determinado ya que no hay nada mejor para un individuo que padece un problema otro sujeto sobrellevando uno igual. Es allí donde los pacientes reciben apoyo, refuerzo, sanciones y feedback sobre sus conductas. En este sentido, se puede sostener que el grupo juega un papel crítico (Vázquez, Fernández Rodríguez & Pérez Álvarez, 1998). Según Cartel Sobell y Sobell (2016), la conducta de los miembros de un grupo se ve influenciada por la intención de obtener un cambio, producto del apoyo y la presión social, situación que no es posible por medio de una terapia individual. Surge en el sujeto un interés en reunirse en una sesión de terapia grupal, para lo cual el participante deberá realizar un gasto de actividad mental destinado al planteo de problemas. Por ello, la expectativa que poseen los integrantes para encontrar la solución a sus conflictos será depositada en la colaboración que los demás actores del grupo puedan ofrecerles (Bion, 1994).

Algunos de los beneficios que otorga la terapia grupal son que muchas de las respuestas a las preguntas que plantean los pacientes pueden resolver inquietudes que alguno de ellos no había identificado como tales. Sumado a ello, se destaca también el aprendizaje de perdonarse que adquiere el paciente cuando se equivoca y el cambio del sentimiento de culpa por responsabilidad (Varín, 2002). Asimismo, Pérez y Álvarez (2002) señalan que un grupo está conformado por alianzas terapéuticas. Cuando éstas favorecen a la motivación y a la constitución de vínculos colaboradores, se crea una red de buen clima. Las relaciones interpersonales que forman parte de esa red se visualizan en dos niveles. Uno será entre los mismos integrantes y otro entre los pacientes y los terapeutas.

Dentro de las tareas realizadas por el terapeuta, se destaca la promoción del registro activo de la observación, ajustar el tono emocional y detectar aquellos temas y contenidos que cooperan con los procesos de cambio interpersonales. Ahora bien, es cierto que los miembros de un grupo terapéutico comparten la misma motivación, la cual consiste particularmente en mejorar. Sin perjuicio de ello, Díaz Portillo (2000) aclara que los integrantes del mismo grupo no comparten un objetivo en común. Descarta totalmente que el placer de participar por parte de los pacientes sea una causal de cohesión, más bien,

reconoce que son la ansiedad y el conflicto interpersonal los que consiguen mantenerlos ligados. En estos encuentros, es el terapeuta quien, gracias a su intervención, logra dejar en evidencia lo latente del grupo. Cartel Sobell y Sobell (2016) señalan que la cohesión es un elemento esencial en la construcción de un tratamiento grupal efectivo. Creen que su aparición favorecerá al buen funcionamiento de otras intervenciones terapéuticas. Sostienen que es en mano de los coordinadores donde recae la responsabilidad de estimular el desarrollo de la cohesión grupal.

### **3.5.7 Terapia grupal en obesidad**

El tratamiento que se lleva a cabo en el marco de la obesidad puede recibir el aporte de la terapia partiendo desde diferentes modelos teóricos. Lafuente (2011) indica que sea cual fuera la corriente utilizada, en todos los casos la misma puede llevarse adelante tanto de manera individual o grupal. No obstante esta posibilidad, lo cierto es que la comunicación de las vivencias de cada sujeto en los encuentros grupales obtiene resultados más eficaces. El paciente obeso generalmente hace o se hace trampa. Ahora bien, la situación de exponerse frente a un grupo de personas con la misma problemática presenta un riesgo. El peligro consiste en que los otros se den cuenta. Definitivamente, el concurrir a un grupo es un aprendizaje porque pone en evidencia la constancia del paciente con el tratamiento (Ravenna, 2016). Garaulet y Gómez Abellán (2012) destacan la gran efectividad que muestra este tipo de terapia, basándose en los resultados obtenidos al momento de analizar la disminución de peso entre aquellos pacientes que fueron sometidos a una terapia grupal en comparación con los que recibieron una individual. Atribuyen estos resultados a la empatía que se alcanza en los encuentros, al apoyo social y a la sana competencia que se da entre los participantes. Ravenna (2006) apunta a que el paciente no se aísla del tratamiento y de su grupo, toda vez que entiende que “gordo que se aísla, sigue gordo; gordo que se comunica, deja de serlo”. Destaca que los compañeros del grupo son aquellos que brindan la contención necesaria ante las caídas y el empuje esencial para continuar.

Vilallonga, Repetti y Delfante (2008) opinan que en la terapia grupal el paciente se siente más apoyado al poder compartir sus experiencias con sus pares. Es en el encuentro terapéutico donde los sujetos logran reforzar las partes psicoeducativas del tratamiento contra la obesidad. Allí adquieren elementos de autoayuda y son guiados en la búsqueda de un peso no idealizado o real (Leija-Alva et al., 2011). Al formar parte de un grupo, los individuos se tranquilizan al advertir que no son los únicos que cargan con este problema. No se perciben diferentes a los demás, por el contrario, ahí es dónde se

encuentran con iguales, permitiéndose de esta manera reconocerse y aceptar su enfermedad. Estos grupos sirven para que el sujeto logre cambios permanentes a través de los vínculos que se establecen y adquiera distintas habilidades para afrontar las emociones que aparecen (Lechuga Navarro & Gámiz Jiménez, 2005). Un elemento fundamental es la heterogeneidad. Encontrar en un mismo grupo pacientes de distintas edades, sexo y nivel socioeconómico rompe con los distintos estigmas que cada sujeto pueda portar (Ravenna, 2006).

Generalmente los encuentros terapéuticos son semanales. Esta característica tiene una repercusión en el seguimiento de la dieta del paciente por cuanto el individuo se siente más controlado. En las reuniones se despliega una serie de herramientas que resultan útiles para llevar adelante el tratamiento. Ravenna (2006) destaca la importancia que tiene la asistencia diaria a los grupos. El concurrir todos los días es sinónimo de continuidad con el tratamiento. Allí el paciente no se pierde de nada, descubre modelos, ejemplos y pautas de conducta, y, además, de esta manera tiene el tiempo más ocupado, lejos del ocio. En el grupo se dará lucha de manera intensiva y repetitiva a un modelo de comer que tiene iguales características. Por eso, la permanencia es un indicador del estado en que se encuentra un paciente con relación a su dieta. Todo sujeto que no sea fiel con la asistencia al grupo no lo será con su régimen. El 80% de los pacientes que concurre diariamente a los grupos alcanza el peso deseado (Ravenna, 2016). En los grupos, los integrantes exponen sus logros y fracasos, se fomenta la realización de actividad física, se insiste sobre el aprendizaje de conductas dirigidas a una sana alimentación, se controlan el peso, se trabaja sobre la imagen corporal, se habla respecto a los factores emocionales y su relación con la ingesta de alimentos, se educa en el cambio de hábitos y estilo de vida, entre otras tantas actividades (Vilallonga et al., 2008).

Ravenna (2006) sostiene que resulta más conveniente que los grupos terapéuticos sean numerosos, afirmando que, a mayor cantidad de individuos, más energía se genera. Gracias a la circulación y transformación de energía, se genera un contagio de ganas, y finalmente, un descenso de peso. A este cúmulo de energía y voluntades que están encaminadas en una misma dirección las llama sinergia grupal (estimulantes y autopotenciadoras), destacando que el alcance del descenso de peso será más factible siempre y cuando exista un buen clima y un intercambio de experiencias disimiles unificadas por el mismo objetivo.

El modelo cognitivo conductual aplicado a la terapia grupal ostenta los mejores resultados estadísticos en cuanto a la eficacia de un tratamiento para pacientes obesos,

tanto para aquellos que se encuentran en la etapa de descenso de peso, como así también para los pacientes que deben mantenerse (Lafuente, 2011). Fernández-Moreno et al. (2015) destacan la gran utilidad que brinda este modelo terapéutico mediante un abordaje grupal, basándose en la ruptura que genera en aquella estructura rígida que utiliza el sujeto para resolver los problemas de la alimentación y sus actitudes frente a ellos. Ahora bien, a la hora de adaptar las técnicas y estrategias al formato de grupo, existen determinados aspectos que se deben tener en cuenta. En primer lugar, que se utilice el formato de terapia grupal para dirigir las intervenciones del sujeto en el grupo y no a través del grupo. Por otro lado, que los procesos grupales favorezcan el cambio de las conductas y, finalmente, que se conserve la efectividad que posee la terapia cognitivo conductual, mediante la integración de sus estrategias con este formato (Cartel Sobell & Sobell, 2016).

En los encuentros terapéuticos, la selección de los asuntos a tratar es de suma importancia. Desde el modelo cognitivo conductual, Garaulet y Gómez Abellán (2012) los clasifica en cuatro grupos compuestos por: temas nutricionales (colaboran en la mejor selección de alimentos); fisiológicos (vinculados a los motivos de la suba de peso y procesos de absorción y digestión de nutrientes); charlas sobre ejercicios que permitan controlar estímulos, huir de los pensamientos negativos y detectar las barreras que impiden el descenso de peso y por último; cuestiones prácticas, como por ejemplo, organizar salidas, lista de compras, alternativas de cenas, recetas sencillas. Para Ravenna (2006), en los grupos no se tiene que hablar de comida ni detallarse innecesariamente comilonas o compulsiones. Esto tiene como finalidad evitar que surja el desánimo en algunos pacientes y el posterior contagio en el grupo. Cree que las especificaciones de cómo y cuándo comer están depositadas en las manos de los nutricionistas. Concretamente, apunta a que se hable de parar de comer, del vínculo con la comida y de qué se siente estar sin comer. Los temas están relacionados con todas aquellas conductas que forman parte de la vida del obeso (dejadez, abandono, mediocridad y cortes incompletos). Otro de los elementos de aprendizaje que se adquiere en los grupos terapéuticos es el ejercicio de la permanencia, cuya importancia ya fue mencionada anteriormente (Ravenna, 2016).

### **3.5.7.1 Expectativas de los pacientes**

Hay situaciones en la que el paciente, antes de comenzar un tratamiento, está en una etapa de pleno abandono de persona. En esos casos, lo que menos piensa es que está abandonado, por el contrario, cree que la vida es así. Ahora bien, cuando observa que hay ejemplos reales de personas que eran igual que él y que bajaron 100 kilos, existe la

posibilidad que crea en la oportunidad de cambio. En esas situaciones límites es cuando el paciente busca ayuda ante la imposibilidad de encontrar una salida. Efectivamente, ese sujeto desea bajar de peso y no puede, por eso se encuentra decepcionado y confundido (Ravenna, 2006). En esta etapa el paciente percibe su cuerpo vivido como ajeno. Alguien tomó posesión de él. Por ello, el obeso llega pidiendo y demandando (Fiedler, 2011).

Al comenzar con un tratamiento, el paciente está angustiado porque cree que no es capaz de evitar la tentación (Varín, 2002). Al momento de hacerle saber cuál es el rango de peso que deberá alcanzar como meta para su descenso, los pacientes sienten sorpresa y desconfianza. Estos sentimientos están vinculados con una historia de fracasos (Bousoño, 2011). Sin embargo, Cormillot (2008) menciona que al principio de un plan de alimentación se provoca una búsqueda de procedimientos rápidos, fáciles y novedosos que son indoloros, donde los pacientes no aluden tener temores, por el contrario, aparecen deseos de magia y velocidad. Aclara que esta situación surge como mecanismo de negación por los miedos básicos que son al esfuerzo y a la realidad.

Ravenna (2006) considera que aquel sujeto que se plantea la posibilidad de iniciar un tratamiento está identificado con un deseo de cambio. Lo cierto es que el obeso siempre quiso lo que el otro (sujeto delgado) tiene y por lo tanto carece de tolerancia frente a esta frustración de no tener aquello que desea. Por eso, plantea que surge necesario invitar al paciente a soñar con esa posibilidad, proponiéndole una confrontación con aquellos discursos dramáticos, pesimistas y exculpatorios a cambio de otros positivos y vitalistas. De esta manera, aquel paciente que llega al tratamiento agotado, escéptico, con poca energía se convertirá en un sujeto flaco en potencia.

Santroni y Miyazato (2011) sostienen que el paciente concurre a la primera entrevista con algunos preconceptos que funcionarán como resistencia al tratamiento. Dicha situación puede percibirse toda vez que cuestionan lo que creen que no podrán hacer o sostener, oponiéndose a todo aquello que es diferente a lo que suponen. Cristobo (2011) reconoce que el paciente llega a la consulta sabiendo varias cuestiones, como por ejemplo, que tiene un problema de peso, dificultades con el cumplimiento de las dietas - que paradójicamente conocen bastante-. Expresan una complicación para hacer una dieta. Estos pacientes que llegan al tratamiento con urgencias pueden dividirse en tres grupos. Aquellos que no pueden parar de comer y quieren saber cómo hacerlo. Otros que estaban obesos, ahora se ven bien y vuelven a comer, demandando por el fastidio de no poder sostener la dieta. Finalmente, se encuentran los que lo lograron varias veces, pero tienen un problema para mantenerlo a lo largo del tiempo.

Ahora bien, los pacientes más expectantes son aquellos que no tuvieron mucha experiencia previa en tratamientos de adelgazamiento. Se plantean inseguridades al ver los resultados de los otros pacientes que lo lograron, por cuanto suponen que no podrán realizar el tratamiento correctamente o en su defecto, mantenerlo en el tiempo. Frente a esta situación, algunos aguardan que el grupo o el profesional les transmitan la motivación necesaria para mantener el plan y otros, sencillamente esperan poder bajar velozmente de peso (Santroni & Miyazato, 2011).

### **3.5.7.2 Coordinación de terapia grupal en obesidad**

Ventriglia et al. (2012) denominan al coordinador del grupo terapéutico que se desarrolla en el marco de un tratamiento contra la obesidad como un co-pensar. Hacen esta distinción por cuanto entienden al profesional que se encuentra a cargo del grupo con la responsabilidad de hacer visible -mediante la contención, el desciframiento y la cooperación- la realidad. Concretamente, se trata de poner en evidencia lo que sucede en el espacio terapéutico para que cada paciente pueda activar sus pensamientos y su creatividad con el afán de modificar aquella conducta que los ata a la enfermedad. Cristobo y Bousoño (2011) entienden que la posición del coordinador será eficaz siempre y cuando opere desde el lugar del supuesto saber de adelgazar. En el desarrollo del encuentro terapéutico, el coordinador ejerce su función y es en ese momento que se ponen en juego dos clínicas distintas. Cristobo (2011) las denomina la clínica de la mirada y la escucha. Respecto a la primera, indica que está vinculada con algo exterior que le indicará al profesional, a través de parámetros objetivos, que el paciente está gordo. Ahora bien, con la escucha, el coordinador puede conocer la realidad de lo que el paciente dice que le pasa. Lo ideal es que el profesional pueda crear una conexión entre estas dos clínicas.

Ventriglia et al. (2012) destacan que uno de los elementos claves es la mirada del coordinador. Ésta debe estar posada sobre los distintos vínculos que se despliegan en el grupo para asegurar la circulación de la comunicación entre los integrantes del espacio y así facilitar su interacción. Sin perjuicio de ello, Díaz Portillo (2000) sostiene que la capacidad del terapeuta que coordina el grupo se ve expuesta a una serie de estímulos que de manera indefectible reducirán sus habilidades para observar correctamente las dinámicas que allí se despliegan.

Cartel Sobell y Sobell (2016) se refieren a la dirección del grupo y consideran que son dos los conceptos fundamentales que resultan determinantes a la hora de comprender la manera de alcanzar la conducción exitosamente. El primero de ellos consiste en entender que el grupo es un agente de cambio por sí mismo, lo que advierte la necesidad

de evitar todo tipo de terapia individual en este tipo de encuentros. Por otro lado, el segundo concepto importante es desarrollado mediante una analogía. Se trata de comprender que la música viene del grupo y los terapeutas son los directores de la orquesta. Específicamente, el objetivo primordial del coordinador del grupo radica en obtener la producción de un sonido armonioso proveniente de los miembros de la orquesta, en este caso, los pacientes del grupo, quienes alcanzarán la meta deseada siempre y cuando trabajen de manera conjunta, es decir, mediante la cohesión.

Al momento de referirse a las tareas asignadas al coordinador, Ventriglia et al. (2012) destacan la necesidad de evitar que el profesional transmita información en el grupo, más bien, será mucho más beneficioso que pueda escuchar lo que el paciente trae al encuentro o, en su defecto, estimularlo para que traiga algo y así transformar al espacio terapéutico en un lugar de reflexión para los integrantes del grupo que se encuentran presentes. Respecto a la escucha, Cristobo y Bousoño (2011) entienden que el coordinador que lleva adelante un dispositivo grupal deberá tener en cuenta no solo lo que se dice en ese marco sino también en cómo se dice. Elementos a considerar son los matices en el quantum y la tonalidad de voz. Ventriglia et al. (2012) señalan como características generales del terapeuta el deber de identificar y dominar las ansiedades que presenten los pacientes, como así también el trabajo de evaluar el proceso del paciente en su tratamiento, detectar mecanismos de defensa (negación, resistencia, contradicciones y estereotipos) y fomentar la integración familiar. En muchas ocasiones, el paciente sufrirá una recaída o se enfrentará a una situación de descontrol respecto al seguimiento de su dieta. Será responsabilidad del terapeuta reformular esta circunstancia en un estado de aprendizaje (Aizpún Marcitllach & Fernández de Gamboa Aguinaga, 2014).

Algunas intervenciones que el coordinador puede poner en práctica son la preparación de los miembros del grupo para que comprendan el rol en el mismo, asegurarse que todos tengan la posibilidad de participar y contribuir en la sesión, orientar la discusión hacia aspectos comunes del grupo y experiencias similares entre los integrantes, fomentar la autorrevelación de los pacientes y alentar a los miembros para que intervengan en la tarea de cambiar la conducta de los otros integrantes (Cartel Sobell & Sobell, 2016). Otro de los factores importantes a señalar es el humor. Cristobo y Bousoño (2011) creen que es una modalidad relevante por cuanto le permite al coordinador servirse de un recurso que propone una manera distinta de afrontar las dificultades del grupo.

Díaz Portillo (2000) sostiene que el terapeuta debe estar pendiente de todos aquellos significados emocionalmente ocultos que presentan los pacientes en los

encuentros terapéuticos, existiendo en muchos casos, comunicaciones preverbales más importantes que lo dicho a través de la palabra. Cartel Sobell y Sobell (2016) entienden que un grupo exitoso puede encaminarse con más facilidad cuando es coordinado por dos terapeutas. Ambos cumplen distintas funciones durante la terapia. Mientras uno de ellos tiene una actitud activa frente al grupo, el otro se encarga de captar las situaciones no verbales en los pacientes. Sin embargo, para evitar que se debilite la cohesión grupal, los coterapeutas deben impedir que surjan conflictos entre ellos durante el desarrollo de los encuentros terapéuticos y, además, deben coincidir con el rumbo de los grupos.

## **4. Metodología**

### **4.1 Tipo de estudio**

Descriptivo

### **4.2 Participantes/Muestra**

Los grupos terapéuticos de descenso que se estudiaron estaban compuestos por pacientes que se encontraban realizando el tratamiento en la clínica. Sus duraciones eran de una hora y media y coordinados por diferentes psicólogos pertenecientes a la institución, como así también, según el grupo, por el director de la misma. La oferta diaria consistía entre cuatro a cinco grupos, de lunes a viernes, siendo distribuidos durante la mañana, mediodía, tarde y noche, mientras que en los fines de semana eran dos los grupos que se desarrollaban durante el transcurso de la mañana del sábado y uno el día domingo. A estos concurrían alrededor de veinte, cincuenta, cien o doscientas personas, dependiendo del día y horario.

El director de la clínica tiene una importante formación profesional. Es graduado médico en la Universidad de Buenos Aires y ha logrado un reconocimiento público por su vasta experiencia y trayectoria en el tratamiento contra la obesidad, habiéndose perfeccionado con posgrados a nivel nacional e internacional. Es autor de una variedad de libros vinculados a la temática de la obesidad y su tratamiento.

En cuanto a los psicólogos que coordinan dichos encuentros, estos poseen una larga experiencia en el ejercicio de su profesión y se encuentran trabajando en la clínica desde hace varios años. Los grupos son dirigidos generalmente por dos o tres psicólogos, siendo excepcionalmente coordinados por uno solo. La mayoría son mujeres, con edades aproximadas entre los cuarenta a cincuenta años.

Por su parte, los pacientes son mayores de edad y de ambos sexos, siendo en su mayoría mujeres.

### **4.3 Instrumentos**

Se llevó a cabo una observación no participante de los grupos terapéuticos de descenso que se efectuó en el marco de un tratamiento contra la obesidad.

Se concretaron entrevistas semi-estructuradas con tres psicólogos a cargo de la coordinación de los grupos terapéuticos de descenso para conocer las características y la dinámica de los encuentros de los que ellos forman parte, como así también el lugar de importancia que estos adquieren en el tratamiento contra la obesidad. Sumado a ello, se

indagó sobre el valor que se le asigna a la asistencia diaria de los pacientes al grupo. Se aprovechó la experiencia que los profesionales poseen para consultar sobre las expectativas que los pacientes manifiestan detentar al momento de comenzar un tratamiento para bajar de peso y su nivel de adecuación con la realidad. Por otro lado, se intentó conocer los objetivos principales en los que se basa la terapia grupal en esta clínica y cuáles son las conductas esperadas, tanto positivas como negativas, en los pacientes. Finalmente, se interrogó si percibían alguna diferencia en los pacientes con la presencia del director de la institución y su coordinación en los grupos.

Por otra parte, se concretaron entrevistas semi-estructuradas con cinco pacientes de diferentes edades y sexo que se encontraban realizando un tratamiento contra la obesidad en la clínica y que asistían a los grupos terapéuticos de descenso que la institución ofrecía para conocer sobre sus expectativas al momento de llegar a la institución, la importancia que le asignan a los grupos en su tratamiento y respecto al valor que se le concede a la continuidad en la asistencia. A su vez, se intentó averiguar si percibían alguna diferencia en la dinámica del grupo cuando el mismo era coordinado por el director de la clínica y si ello influía al momento de elegir el grupo de encuentro.

#### **4.4 Procedimientos**

Se observaron los grupos terapéuticos de descenso que se desarrollaban en la clínica, cinco veces por semana, a lo largo de cuatro meses aproximadamente. Cada encuentro tuvo una duración de una hora y media.

A fin de obtener el testimonio de los participantes de los grupos terapéuticos, se realizaron unas entrevistas (duración aproximada de quince minutos cada una) con tres psicólogos que forman parte de la clínica y que se encontraban encargados de la coordinación de los grupos. Asimismo, se entrevistaron cinco pacientes que concurrían diariamente a los mismos (duración aproximada de quince minutos cada una). Las entrevistas fueron individuales y se concretaron dos antes y tres después de los grupos. Tres pacientes eran mayores de treinta años (dos mujeres y un varón) y dos pacientes eran menores de treinta años (una mujer y un varón).

### **5. Desarrollo**

#### **5.1 Presentación de la institución**

La práctica profesional fue llevada a cabo en un centro terapéutico destinado a resolver problemas alimenticios, particularmente contra la obesidad, mediante el apoyo de un equipo interdisciplinario. La sede central, dónde se realizó la práctica profesional,

cuenta con un importante nivel en infraestructura que les brinda a los pacientes una gran cantidad de herramientas para llevar adelante de una manera más eficiente su tratamiento (bar-restaurante, sala de masajes y gimnasio). Asimismo, la institución ofrece talleres de imagen, médico-nutricional, mindfulness y asesoría de vestuario, como así también la organización de viajes recreativos.

La clínica brinda atención profesional para todas las etapas vitales de la vida (niñez, adolescencia, adultez y vejez) y para los distintos niveles de obesidad. El tratamiento que ofrecen se basa en una dieta hipocalórica personalizada para cada paciente, quien además deberá concurrir -como parte del proceso- a la terapia grupal que se desarrolla en la misma institución. La oferta de grupos es diaria y amplia. Además, están divididos según la etapa en que se encuentre cada sujeto (descenso o mantenimiento). La terapia se lleva a cabo mediante el aporte de diferentes corrientes psicológicas, siendo en su mayor medida las técnicas cognitivo-conductuales. Otras dos posibilidades que brinda la clínica son, por un lado, los encuentros mensuales para aquellos pacientes que realizan el tratamiento a distancia y la oportunidad de visualizar los grupos online mediante el canal de *YouTube*.

## **5.2 Describir las características específicas de los grupos de descenso como parte del tratamiento contra la obesidad que tiene el centro terapéutico**

El tratamiento de descenso de peso que propone la clínica está conformado por una serie de elementos que intentan abarcar de manera íntegra los distintos factores que influyen en la vida de una persona relacionados con su conducta alimentaria. En este sentido, el grupo terapéutico es un eslabón determinante para obtener el peso y la conducta deseada. Por ello, los profesionales que trabajan en esta institución están convencidos que el objetivo de la terapia no es únicamente que el sujeto llegue el peso ideal. La propuesta resulta ser más ambiciosa. Consideran que el paciente bajo tratamiento alcanzará definitivamente su meta cuando demuestre haber adquirido una forma medida de vincularse con la comida. Esta idea se sustenta en la creencia de que el acento en este tipo de terapias debe estar puesto sobre el aprendizaje. Una de las pacientes compartió su experiencia al grupo. Comentó que había bajado 48 kilos y en ese momento se encontraba cinco por encima de su peso, motivo por el cual decidió volver a los grupos de descenso. Ante dicha situación, la psicóloga que se encontraba coordinando el grupo decidió interrumpirla, destacó su decisión, se refirió al estado de alarma que ya tiene incorporada la paciente y les hizo notar a los demás compañeros que ese aprendizaje es el gran capital que el tratamiento les puede dejar. Según Korbman de Shein (2010) gracias a un

reaprendizaje el paciente puede adquirir una nueva manera de actuar que le permite vivir con una mayor calidad de vida. En esta dirección están impartidas las intervenciones que se ponen en práctica en los grupos terapéuticos de esta clínica. Una de las coordinadoras afirmó que “la obesidad es una enfermedad crónica y por lo tanto la tendencia de aquellos que han bajado de peso es volver a subir”. Acto seguido, les propuso a sus pacientes que la mirada no esté puesta en la balanza sino sobre la conducta.

Vale mencionar que, más allá que las intervenciones realizadas por los profesionales tienen la misma dirección en los diferentes grupos, no todos los encuentros terapéuticos presentan la misma dinámica. Según lo observado en la práctica, los de la tarde resultan ser mucho menos numerosos -aproximadamente veinte personas- que los del turno noche o los que se llevan a cabo los fines de semana. En los primeros, los pacientes y los coordinadores se ubican en una ronda, mientras que, en los segundos, los profesionales se ubican frente a los pacientes cuya disposición tiene un estilo similar al de un cine o teatro. Estos últimos grupos mencionados generalmente están conformados por más de cincuenta personas.

Habitualmente, antes que los psicólogos den comienzo a los grupos más concurridos, se hace presente un profesor de educación física, quien, por un lado, se encarga de brindar información respecto de las distintas actividades que se realizarán durante toda la semana vinculadas con el ejercicio físico, haciendo hincapié en la importancia del mismo y fomentando en los pacientes su participación. Su tarea consiste en dar a conocer los beneficios que implica realizar actividad física, tanto para el tratamiento, como para adquirir una vida saludable. El ejercicio físico es de gran utilidad desde varios puntos de vista. Mantiene al paciente motivado, ayuda al descenso de peso, aumenta la autoestima, disminuye el estrés y además fomenta la unión en el grupo (Quaglia de Brandes (s.f.). A su vez, el profesor propone, antes del inicio de la sesión, la realización de distintos tipos de ejercicios de relajación o estiramiento. En muchos casos, indica como “tarea para el hogar” que el paciente repita los mismos en su casa.

En el marco de la observación llevada a cabo en la práctica, se pudo advertir que los grupos terapéuticos que se desarrollan en la clínica son heterogéneos y numerosos. Ambas características resultan ser decisivas para un mejor funcionamiento, según lo referido por los profesionales que se desempeñan en la institución al momento de ser entrevistados. La heterogeneidad se da por el solo hecho de que los grupos no están conformados por sexo, edad o nivel socioeconómico. Por el contrario, todo paciente tiene la facultad de concurrir a cualquier encuentro en el horario que le resulte más conveniente,

siendo recomendable por los distintos coordinadores que, dentro de lo posible, se asista siempre al mismo grupo para que se produzca un sentimiento de pertenencia en el sujeto y, además, el profesional tenga un conocimiento más profundo de la historia de los pacientes y su evolución. Según una de las psicólogas “cuándo el sujeto y el coordinador tienen un vínculo construido en el grupo, el paciente responde mejor”. Relacionarse con individuos que ofrecen una diferente forma de pensar ayuda a que el otro tal vez se vea persuadido por una mejor idea, encuentre una manera distinta de ver las cosas, para así poder resolver problemas y romper con creencias o pensamientos que el paciente los tenía por ciertos y que en realidad no son tales (Ravenna, 2006). Por otro lado, que los grupos estén integrados por una gran cantidad de sujetos es otro factor más que coopera con la óptima marcha de los encuentros terapéuticos. Ambos elementos serán desarrollados con mayor profundidad en el apartado 5.4.

Un primer paso que debe realizar una persona para comenzar el tratamiento de descenso de peso en la clínica es ser entrevistado por distintos profesionales. Una de estas citas es con el nutricionista, con quien se acuerda un peso ideal como meta. Poner un objetivo inicial funciona como impulso para que el paciente, en el corto plazo, comience a ver resultados positivos. De esta manera, mientras se mantiene al sujeto motivado para continuar con el tratamiento, en los grupos, se trabaja sobre el cambio de conducta, cuestión que requiere mayor tiempo. El fin es evitar que el paciente se frustre rápidamente y como consecuencia abandone el tratamiento. Por ello, Martínez Vallsa, Ibáñez Guerrab, Ortega Serranoc, Sala Palaub y Carmena Rodríguez (2002) entienden que el peso/meta debe ser real, posible y alcanzable. De lo contrario, el individuo ante la imposibilidad de conseguir mejorías, dejará de esforzarse.

En esa etapa inicial de descenso de peso el paciente debe obedecer. La indicación consiste en no transgredir la dieta en absoluto. Un integrante de los grupos le aconsejó a un principiante “acá te recomiendo que tengas ojos grandes, oídos grandes y boca chica; hay que entregarse y hacer lo que dicen; venir y calentar la silla”. Una de las coordinadoras en la entrevista refirió que “lo que se busca inicialmente es que el paciente ingrese en un estado de acidosis metabólica; se estima que para ello el individuo deberá realizar aproximadamente tres días de dieta limpia y perfecta”. El director de la clínica sostuvo que “de esta manera se produce una desintoxicación corporal, favoreciendo al paciente para que pueda descansar, pensar, trabajar, estudiar, hacer actividad física, todo de una forma más aliviada”. Esta situación del paciente que llegó a la clínica por primera vez es un retrato del estilo de grupo en obesidad que describen Lechuga Navarro y Gámiz Jiménez (2005), toda vez que el individuo al ingresar en un grupo terapéutico comienza a

recibir el apoyo de sus pares, consejos, información, experiencias de iguales, la palabra de los profesionales, todos elementos que dan el empujón necesario para que pueda afrontar esa primera etapa con mayor cantidad de herramientas.

En cuanto a los temas que se tratan en el grupo, generalmente aquellos surgen de forma espontánea a partir del relato inicial de algún paciente al momento de exponer su estado actual respecto al tratamiento. A partir de ello, surgen disparadores que se van a ir desarrollando en el transcurso de la hora terapéutica. En casos excepcionales, son los coordinadores los que proponen temas particulares para dar comienzo a los encuentros y luego dar lugar a que el grupo decida por donde continuar la sesión. Ahora bien, más allá de la manera que se da comienzo en los grupos, lo cierto es que la clínica no concibe la posibilidad que allí se hable de comidas. Ravenna (2006) entiende que dicha situación puede llegar a provocar un incentivo en una conducta no deseada. Dar ideas de diferentes comidas puede despertar la tentación de algún paciente que en efecto no estaba pensando en ello. Es así, que el director de la institución propone al espacio terapéutico grupal como un lugar para hablar de las cuestiones personales de la vida del paciente que se vinculan con esta enfermedad. En palabras suyas, hablar de comida en los grupos significa “intoxicar el ambiente” y entiende que “pensar en comer o en no comer da más ganas de comer”.

Otra de las características específicas observadas es que sus integrantes se controlan diariamente mediante mensajes de texto, llamados o mensajes de *whatsapp*. De esta manera, se ofrecen apoyo, contención e ideas para solucionar situaciones de descontrol vinculadas con la comida. El fin es fomentar la motivación, la cohesión grupal, la competencia sana entre los pacientes, el compromiso hacia el tratamiento, como así también hacia la clínica y sus compañeros.

Una vez ya descriptas las particularidades de los grupos de descenso, resta mencionar que la gran mayoría de las intervenciones advertidas en la práctica fueron impartidas desde el modelo conductual. Como lo indicó una de las coordinadoras “para trabajar sobre las cuestiones psicológicas del acto de comer es necesario que se vaya más atrás del pensamiento, es imprescindible conocer la situación gatillo”. Desde este modelo mencionado, se concibe que el acto de comer está precedido por algún hecho que llevó al sujeto a ingerir un alimento. Conocer ese antecedente ayudará en el desarrollo de la terapia. En función de ello, surge pertinente que el paciente se haga escuchar y cuente como son aquellas situaciones de desborde para poder averiguar cómo funciona la secuencia de alimentación en esa persona. Concretamente, las intervenciones desplegadas

por los profesionales en los grupos de descenso de peso tienden a conseguir la modificación de la inadecuada conducta alimentaria que presentan los pacientes obesos (Kaufer-Horwitz et al., 2001).

Variadas fueron las técnicas conductuales utilizadas por los coordinadores para dar cumplimiento con el fin de la terapia grupal. El control de los estímulos es una de las destacadas por Garaulet y Gómez Abellán (2012) y observada en los encuentros terapéuticos. Una paciente comentó que puso carteles en paquetes y latas de algunos alimentos que se encontraban en su cocina para recordar que no los tenía que comer. Los coordinadores destacaron ese comportamiento, refiriendo que “son recursos válidos que se pueden utilizar en la vida diaria”. Dicha intervención apuntó a convalidar una conducta beneficiosa realizada por una paciente para que sus compañeros la consideren una posibilidad a la hora de utilizar herramientas que los ayuden en sus tratamientos. El automonitoreo y el reforzamiento se suman a la lista de aquellas técnicas mencionadas. Respecto a la primera, en reiteradas ocasiones, cuando los sujetos manifestaron no encontrar explicación ante la imposibilidad de conseguir un descenso en el peso, los coordinadores les recomendaron a los pacientes que hagan un registro semanal, comida por comida, de los alimentos que ingieren, el horario y las medidas. Según Vázquez Velásquez y López Alvarenga (2001) de esta manera se puede detectar si el paciente está cometiendo algún error que no puede identificar en forma personal. En segundo lugar, con relación al reforzamiento, Kaufer-Horwitz et al. (2001) sostienen que, ante la presencia de una conducta beneficiosa para el tratamiento por parte del paciente, es tarea del profesional reforzar la misma por cuanto su repetición provocará un nuevo hábito saludable. Luego de conseguir el descenso de 20 kilos y encontrarse solamente a 200 gramos de su peso/meta, una paciente contó en el grupo que decidió regalarse a sí misma tirarse en parapente. Confesó que nunca lo hubiera hecho estando con sobrepeso. Es evidente que dicho regalo funcionó como un premio por el logro alcanzado. Según Garaulet y Gómez Abellán (2012) dicho reforzamiento se convierte en un incentivo para continuar en el camino deseado.

Respecto a las indicaciones del profesor de educación física mencionadas al inicio del apartado, vale agregar que también están sostenidas en el marco de una intervención con base en el modelo conductual. El objetivo es conseguir la reiteración. Es decir, que el paciente transforme la actividad física en un hábito. Como sostienen Ventriglia et al. (2012), la finalidad es que el ejercicio funcione como una fuente de retroalimentación.

### **5.3 Indagar las expectativas que presentan los pacientes que inician un tratamiento de descenso de peso**

Tal como lo expone Cristobo (2011), los pacientes llegan a la clínica con una cantidad de información sobre sí mismos que está vinculada con su problemática de la obesidad. Dicha situación tiene fundamento en que todo obeso que decide someterse a un tratamiento, como el que propone la institución, ha intentado en anteriores oportunidades alcanzar un peso saludable mediante el seguimiento de distintas dietas. En el marco de las entrevistas efectuadas, por unanimidad los pacientes han coincidido en haber realizado una variedad de dietas a lo largo de sus vidas que no le han garantizado resultados a largo plazo. Según una de las coordinadoras que ejerce en la institución, los sujetos que comienzan por primera vez un proceso de adelgazamiento en esa clínica “están motivados pero descreídos”. Argumentó que todo individuo quiere que le vaya bien cuando afronta el tratamiento, pero presenta cierto escepticismo en cuanto a las posibilidades de llegar al objetivo, basándose en experiencias anteriores frustradas por no conseguir el peso buscado o no poder sostener la dieta. Una de las frases más escuchadas en los pacientes primerizos que se presentaban en los grupos terapéuticos era “quiero, pero no puedo”. Así como lo entiende Varín (2002), el obeso se presenta falto de confianza respecto a su capacidad para asumir el riesgo que implica el compromiso con un tratamiento. Ese riesgo lleva explícitamente un desafío para el sujeto que consiste en evitar la tentación.

Bousoño (2011) también pone foco sobre esta cuestión y plantea que la desconfianza que demuestra tener el paciente al inicio de un tratamiento nutricional es resultado de su propia historia, basada en la reiteración de fracasos, asociado a los intentos de adelgazar. En la misma línea, Ravenna (2006) se refiere al agotamiento como el estado de ánimo responsable de esa coyuntura. Dicho cansancio está vinculado con la pérdida de tiempo y dinero, como así también, con el gasto físico y mental que destina cada sujeto cuando se somete a una dieta y que, por distintas razones o no, abandona de forma sistemática. En palabras de una paciente “sentí una gran culpa cuándo, después de bajar los kilos que tenía que bajar, tiré todo por la borda y los volví a subir; invertí mucha plata, tiempo y sobre todo un enorme sacrificio para lograrlo”.

Esta posición de descreimiento sobre la capacidad propia de poder realizar exitosamente el tratamiento está sujeta a la resistencia. Tal como lo plantean Santroni y Miyazato (2011), los preconceptos que cargan los pacientes son funcionales para generar un cuestionamiento constante frente a las indicaciones de los profesionales que suponen no poder cumplir. De esta manera, las personas obesas evitan salir de su zona de confort.

Así lo entiende una de las coordinadoras, quien expresó en un grupo que “el ser gordo es quedarse cómodo, es no tener ganas de realizar un esfuerzo por uno mismo”.

Sin perjuicio de lo mencionado previamente, vale destacar que todas las personas principiantes en este tratamiento, llegan con una motivación alta a la institución. Basándose en los años de experiencia que posee, una de las coordinadoras de los grupos brindó tal afirmación. Es que es el deseo de cambio al que hace referencia Ravenna (2006) es el que les permite a los pacientes tener la ambición de bajar. Todos los entrevistados han manifestado que al llegar a la clínica tenían muchas ganas de comenzar y conseguir su objetivo de descenso. Algunos se han referido a cuestiones estéticas, otros a problemas de salud, pero lo cierto es que, más allá de las distintas razones planteadas, todos tenían la voluntad de comenzar y cumplir con las indicaciones profesionales para que los resultados sean los buscados. En palabras de una coordinadora, “aquella etapa inicial del tratamiento puede asemejarse a lo que es una luna de miel” por cuanto esa fase está acompañada de deseos mágicos sustentados en que, en esta oportunidad, todo funcionará según lo planeado. Cormillot (2008) lo entiende como un mecanismo de defensa asociándolo al miedo que puede generar la realidad de tener que disponer de un gran empeño para bajar de peso frente a las posibilidades de fallar.

Una de las psicólogas con más años en la institución hace una distinción en las expectativas de los pacientes reincidentes. A medida que los sujetos vuelven a la clínica luego de haber abandonado el tratamiento en oportunidades anteriores “las posibilidades de lograrlo se les hacen más reales, saben que en el camino se toparán con obstáculos que no les serán fáciles de eludir”. La explicación que encuentra a esta particularidad se basa en el conocimiento adquirido por los pacientes a lo largo de los ensayos frustrados. Saben lo que les espera en el proceso que están por comenzar. Igualmente, la coordinadora planteó que, en algunos casos, el hecho de que el individuo retome el tratamiento con una mayor conciencia de enfermedad hace que respondan mejor a las indicaciones de los profesionales. En palabras de otro coordinador de la institución “aquellos pacientes que reinciden en la clínica conocen las características principales, más allá de las actualizaciones que pueda sufrir el plan de descenso de peso a lo largo de los años producto del avance de la ciencia; en función de ello, los obesos son conscientes que, si cumplen con las pautas a seguir, van a obtener los resultados esperados”.

Según lo referido por tres de los pacientes entrevistados, gracias a las experiencias concretas de otros sujetos conocidos, ellos se acercaron en su oportunidad a la clínica demandando asistencia para salir de la situación dramática de sobrepeso que padecían.

Este pedido de ayuda proveniente del individuo que se acerca a la clínica está vinculado con el concepto de demanda al que hace referencia Friedler (2011). En sus inicios, las personas que sirvieron de ejemplo para dar ese primer paso se encontraban en una fase crítica respecto a su peso, pero, al momento de ser un modelo a seguir para esos tres pacientes entrevistados, transitaban el tratamiento en forma exitosa, con descenso de muchos kilos y un relato alentador.

En el marco de lo referido en el párrafo anterior, uno de los pacientes indicó que “advertir cómo un compañero de trabajo, que era extremadamente obeso había adelgazado tantos kilos, me motivó a concurrir a la clínica para descubrir de que se trataba; verlo en ese nuevo peso me generó muchas expectativas”. El sujeto obeso que se encuentra en la situación de abandono a la que hace referencia Ravenna (2006), descubre una posibilidad de cambio a través del otro. Es decir que, la observación de un descenso de peso real a través del cuerpo del otro puede generar en el paciente obeso, en algunas ocasiones, el empuje necesario para que exista una posibilidad de creer en la oportunidad de cambio.

Finalmente, resta mencionar las expectativas que se presentan respecto a la propia institución. Tanto los pacientes como los profesionales se han referido, en las entrevistas y en los grupos de descenso, a la reputación de la clínica. El rápido descenso de peso y la necesidad de padecer hambre para adelgazar, fueron dos de las expectativas mayormente vinculadas con el tratamiento que se lleva a cabo en ese establecimiento. Uno de los sujetos entrevistados mencionó que antes de iniciar con el plan de descenso, la gente que formaba parte de su círculo social le decía que “en esa clínica te vas a morir de hambre”. A pesar de ello, recordó que decidió ingresar porque quería conocer de qué se trataba. Además, aseguró que le llamaba mucho la atención la posibilidad de hacer grupos terapéuticos. Este paciente indicó que “fue la mejor decisión que pude tomar; para mí, el método que se utiliza en esta institución es la revolución de los tratamientos de la obesidad; salvo los primeros días, después nunca sufrí por tener hambre, al contrario, en algunos casos no termino ni siquiera la porción de la vianda”. La aspiración del obeso que lleva a la clínica para ser delgado es concreta. Para cumplir con ese deseo, Ravenna (2006) entiende que resulta indispensable generar en el paciente la ilusión de lograrlo. De tal forma, la clínica pone a disposición de sus pacientes todos los elementos necesarios para generar tal situación. Según el director, los grupos son uno de ellos. Es decir, en los encuentros terapéuticos se genera un espacio para contagiar y difundir los conocimientos pertinentes que dan lugar en el pensamiento de los obesos a creer que sí se puede cambiar la vida que llevan.

#### **5.4 Identificar y analizar la importancia que le atribuyen los profesionales y los pacientes a la asistencia al grupo de descenso**

Concurrir a los grupos de descenso de peso es uno de los elementos claves en el tratamiento que propone la clínica donde se realizó la práctica profesional. En palabras de Ravenna (2006), la cantidad de veces que se concurre por semana a los encuentros grupales es el termómetro del estado en que se encuentra el paciente respecto a su dieta. Estar presente en el grupo le otorga al paciente un sinfín de beneficios. Allí, el sujeto podrá adquirir recursos que le permita transitar de manera más protegida la dieta de todos los días, como así también enfrentar las adversidades que se irá encontrando a lo largo del camino. Una de las psicólogas de la institución sostiene que “la función del grupo es dar las herramientas para que cuando el paciente esté solo pueda enfrentar esos momentos, derribar las estructuras y salir ganador de la situación”.

Tanto los profesionales que forman parte del equipo interdisciplinario, como los pacientes que concurren a la clínica, ninguno ha dejado dudas respecto a esta cuestión. Esta indicación de concurrir diariamente a los grupos es avalada por todos los entrevistados. Por unanimidad los participantes entienden que presenciar la terapia grupal da altísimos réditos respecto al descenso de peso. Específicamente, el director de la clínica hace hincapié de manera intensa y reiterada en cada grupo que coordina respecto a la importancia de estar presente, en por lo menos, un encuentro por día y de ser posible siempre en el mismo horario. En su oportunidad, les refirió a los integrantes de un grupo “concurrir dos veces por semana es poco ya que va a provocar que ustedes se sientan ajenos al grupo, en cambio, estar presente todos los días es lo único que puede lograr sacarlos de esa conducta crónica que los lleva a engordar; en los grupos se adquieren las ganas de bajar de peso que son las que matan las ganas de comer”. En este mismo sentido, Garulet y Gómez Abellán (2012) destacan que en la terapia grupal en obesidad se dan una serie de elementos que provocan un resultado más eficaz en el tratamiento, respecto al peso, en comparación con aquellos individuos que se someten a una terapia individual. Según Ravenna (2016), el 80% de los pacientes que se hacen presentes todos los días en los encuentros terapéuticos llegan a su peso deseado.

Ahora bien, más allá que todos los participantes del grupo coinciden en la importancia de presenciar la mayor cantidad de grupos posibles por semana, lo cierto es que no todos lo hacen. Así como lo sostiene Ravenna (2016), el paciente tiende a engañar y engañarse a sí mismo respecto al tratamiento y su continuidad. Al concurrir al grupo, el sujeto debe ser coherente entre el discurso y la conducta llevada a cabo, toda vez que al

poco tiempo, en caso de no ser sustancial el uno con el otro, la realidad será otra a lo manifestado durante varias sesiones por el paciente y de tal manera quedará expuesto frente a los demás.

La obligación de concurrir al grupo puede tener distintos impactos sobre los individuos. Por un lado, conseguir la adhesión al tratamiento, toda vez que los pacientes asumen un compromiso con ellos mismos y con el grupo. Uno de los coordinadores refiere que “poner la cara y venir es compromiso; por eso dar la palabra comprometiéndose con el grupo es muy importante”. Por otro lado, con relación al grado de compromiso que se requiere para transitar un tratamiento de adelgazamiento, según lo mencionado por Vázquez Velázquez (2014), vale tener en cuenta lo referido por uno de los pacientes de la institución al momento de ser entrevistado respecto a esta cuestión, quien afirmó que “cuando un paciente habla en el grupo, se compromete” y luego continuó diciendo “el miedo a no cumplir puede provocar no hablar; una vez abandoné el tratamiento porque le estaba faltando el respecto a los compañeros”. Esa afirmación da a entender que una de las consecuencias no deseadas que debe asumir el terapeuta al momento de darle un lugar de prioridad a la asistencia al grupo es el abandono por parte del paciente. Tal actitud está asociada a la necesidad de evitar tener que enfrentar a sus compañeros y al coordinador por su incumplimiento con la obligación asumida.

Como se ha referido anteriormente, no son solamente los psicólogos quienes le otorgan un lugar sustancial a la asistencia en el marco de un tratamiento de obesidad. Por el contrario, son los pacientes quienes a través de sus discursos dejan en claro que comparten tal postura. Uno de ellos al momento de ser entrevistado refirió que “es impresionante como uno se potencia en el grupo; me energizo; aprendo un montón acá”. Tal como lo plantean Vilallonga, Repetti y Delfante (2008), los grupos son un espacio ideal para que el obeso adquiera una serie de elementos que favorezcan a su conocimiento respecto de su enfermedad.

Sin embargo, más allá que los pacientes confiesen estar de acuerdo con la concurrencia a los grupos, lo cierto es que, al momento de hablar de ello, se debe tener en cuenta la clara ligadura que presenta tal conducta con el concepto de motivación. Desde el punto de vista de Montero, Cúneo, Facchini y Bressan (2002) mucho tendrá que ver la intervención del coordinador para que el paciente alcance el grado de motivación necesario. Para ello, deberá convencer a los sujetos de que las indicaciones son las correctas -como por ejemplo concurrir todos los días- y así conseguir una adecuada adherencia al tratamiento.

En este sentido, es posible realizar un paralelismo con la actividad física, indicación que se torna bastante fastidiosa en algunos pacientes a la hora de cumplir con ella. En este caso, también es universal la convicción que la realización de ejercicio físico es de vital importancia para avanzar en el tratamiento, pero, al igual que con la permanente asistencia a los grupos, el grado de cumplimiento con la actividad física no siempre es el esperado. De tal manera, Fernández-Moreno et al. (2015) entienden que es imperioso que se genere una disonancia cognitiva en el paciente que le permita dudar de aquellas creencias desacertadas, responsables del incumplimiento de las sugerencias brindadas por los profesionales y, en definitiva, alcanzar la motivación suficiente para realizar el tratamiento de manera integral y no solamente cumplir con la dieta alimentaria. Vinculado con los motivos de deserción del tratamiento y las creencias erradas de los pacientes, uno de ellos afirma delante de sus compañeros que “siempre quiero ganar y si sé que no puedo ganar no juego, situación que también se me presenta con la comida”. Este es el tipo de pensamiento de “todo o nada” y actitud de autoderrota que se deben desarmar (Garaulet & Gómez Abellán, 2012).

Es la terapia de grupo un espacio ideal para fomentar todas aquellas conductas que forman parte de un plan integral de adelgazamiento (Vilallonga et al., 2008). Entre los pacientes se convencen que asistir al grupo es lo correcto. Con referencia a esto, en la observación de uno de los grupos del turno noche se pudo identificar una de las intervenciones realizadas por el director de la clínica, quien les aclaró a sus pacientes que “cuando uno no quiere hacer algo, como por ejemplo ir al gimnasio o concurrir a los grupos, siempre el primer pensamiento es falso, está al servicio de lo cómodo; una vez superado el mismo y se decide realizar aquello que no quería, después, en la vuelta, se dará cuenta que la situación no era tal y se sentirá mejor y más gratificante”.

Sin perjuicio que el número de integrantes de los grupos terapéuticos que se llevan a cabo en el marco de esta institución varían según el horario, en general los mismos no se desarrollan con menos de veinte personas, alcanzando en algunos casos ser muy numerosos. Una de las coordinadoras del grupo destaca a esta característica como una de las diferencias que existe entre el método planteado por esta clínica con otras instituciones que trabajan sobre la misma problemática. Esto está relacionado con el concepto de sinergia grupal, desarrollado por Ravenna (2006).

Al respecto de ese cúmulo de energía, el director de la clínica, se refirió en una oportunidad a aquellos pacientes que concurren periódicamente al grupo como “la memoria” del mismo. Esto lo entiende así, por cuanto aquel sujeto que estuvo presente en

el mismo grupo los días anteriores está en condiciones de contar, en un nuevo encuentro, ante aquellos que comienzan por primera vez o ante algunos que van de manera inestables, los temas que fueron tratados, las inquietudes que surgieron y las emociones que se presentaron. Concretamente, que suceda esto aumenta la posibilidad que se produzca un contagio entre los pacientes para seguir para adelante con el tratamiento. En el marco de una entrevista, una paciente que bajó una gran cantidad de kilos pero que aún se encuentra en proceso de descenso, sostuvo que “escuchar los testimonios de los otros sirve para saber y recordar que puedo volver a estar en una situación peor”.

Elementos que se dan en la terapia grupal son los responsables de la eficacia que presenta. A diferencia de una terapia individual, en los grupos el paciente deberá salir del anonimato, es decir, darse a conocer frente a los otros iguales y ante el coordinador. De esta manera, el grupo funciona como un espejo, permitiéndole a cada paciente poder reconocerse (Lechuga Navarro & Gámiz Jiménez, 2005). Así lo entiende una de las coordinadoras de la clínica, quien les refirió en alguna oportunidad a sus pacientes que “el grupo es un espejo de uno”. Acto seguido, el director, quien estaba coordinando conjuntamente con ella, agregó “no existe el yo puedo solo”, convenciendo a sus pacientes de la innegociable necesidad de asistir al grupo. Sumado a ello, una de las coordinadoras refirió que “la función de espejo da lugar a que los sujetos crean que, si el otro puede, yo también voy a poder”.

Continuando con esta idea de visibilización de cada paciente frente a los otros, una de las técnicas que utilizan los profesionales a cargo de los grupos terapéuticos es la tarea inicial de cada encuentro que consiste en preguntar uno por uno -en los grupos pequeños- y aleatoriamente o por iniciativa de cada individuo -en los grupos más grandes- el peso actual y como está respecto del anterior reporte. Justamente, una de las psicólogas, al momento de ser entrevistada, sostuvo que “creemos que detrás del anonimato se esconde el problema de comer de más en los pacientes, por eso insistimos en que concurren siempre al mismo grupo”. Indudablemente dicha situación obliga al paciente a tener que hacerse escuchar, pero además fomenta una competencia sana entre los sujetos, factor que, según Garaulet y Gómez Abellán (2012) es determinante para obtener resultados exitosos en un tratamiento de obesidad.

Otro provecho de la exposición es que, el paciente, al momento de plantear problemas, dudas y consultas, respecto a situaciones vinculadas con el tratamiento y con la vida personal, puede evacuar inquietudes que también presentan sus compañeros y que por

distintas circunstancias no se animan a exponer o no las han identificado como tales (Varín, 2002).

### **5.5 Describir y analizar las intervenciones que realiza el director del centro terapéutico cuando asiste a los grupos de descenso**

El director de la clínica es una figura relevante que participa activamente de manera cotidiana en la institución. Excluyendo aquellas circunstancias en la que se encuentra ausente por compromisos profesionales (congresos médicos nacionales, internacionales o viajes de negocios), siempre forma parte de los grupos terapéuticos que se desarrollan durante la semana, en el primer horario de la mañana y al final del día, más los sábados y domingos. Sus intervenciones en los grupos se advierten desde el ingreso a los encuentros terapéuticos, por cuanto irrumpe de manera silenciosa pero notoria. Pudo observarse a lo largo de los encuentros presenciados que, luego de una etapa de apertura, generalmente coordinada por alguno de los psicólogos de la institución, se produce la entrada del director de la clínica (15 o 20 minutos luego de haberse dado inicio a la sesión), quien asume, rápidamente, la conducción del grupo hasta el final, con algunas mínimas intervenciones de aquellos coterapeutas que lo acompañan. Una de las coordinadoras refirió respecto a esta situación que “no lo puedo asegurar, pero supongo que es una estrategia, por ejemplo, para que el grupo alcance una determinada temperatura al momento de su entrada”. En este sentido enfatizan Cartel Sobell y Sobell (2016) al referirse sobre la división de roles entre los coordinadores como una de las características de los encuentros terapéuticos. Aquellos se reparten tareas al servicio del grupo para alcanzar un mejor funcionamiento.

Sin lugar a dudas, los grupos coordinados por el director son diferentes. Tanto desde la observación realizada en la práctica profesional, como así también, desde los testimonios recolectados entre los pacientes y los terapeutas, sea cual fuera el instrumento empleado, puede asegurarse que dicha afirmación es cierta. Una de las psicólogas manifestó que “es evidente que hay diferencias cuando está el director en los grupos, es la figura estrella de la clínica, tiene una presencia muy fuerte y tiene una cuestión empática con los pacientes”. Este comentario fue ratificado por otro entrevistado que agregó “es un tigre, no hay otro igual, sabe a la perfección como manejar los grupos”. Sus intervenciones están destinadas a convencer al paciente de sus convicciones, descartando cualquier otra alternativa a las bases del tratamiento que se lleva a cabo en la institución. Efectivamente, busca el adiestramiento de los integrantes del grupo, generándose una dependencia para con la clínica. Así lo entiende uno de los pacientes entrevistados, quien refirió “cuando el

director habla, parece que no hay otra manera de descender de peso que no sea viniendo a la clínica, para él, es la única solución”.

Todo estará supeditado al estilo que cada individuo prefiera a la hora de elegir el grupo de pertenencia. Por este motivo hay una gran cantidad de oferta de horarios con diferentes coordinadores. En general, la mayoría de las personas que concurrían a los encuentros que eran dirigidos por otros psicólogos de la clínica, nunca asistían, salvo algunas pocas excepciones, a los grupos en los que participaba el director. Según otra de las psicólogas “esté o no esté el director, los pacientes bajan de peso igual, algunos prefieren otro tipo de conducción, a todos no les gusta su forma de manejarse, tiene una manera de ser muy particular”. Es cierto que la forma de ejecutar las intervenciones que tienen la mayoría de los profesionales en los grupos de descenso de peso es concretamente confrontativa. Sin embargo, el director de la clínica constantemente acentúa aún más ese modo desafiante al vincularse con los pacientes, haciendo de ello un estilo propio. En cuanto a lo referido por la psicóloga, todos los pacientes concuerdan con ella y creen que, más allá de la presencia del director, los objetivos de bajada de peso se cumplirían igual. Uno de los sujetos interrogados afirmó “acá lo mágico es el tratamiento en su conjunto; el director puede o no estar, pero los kilos se bajan igual; el director de la clínica no es el tratamiento, esto queda en uno, yo vengo porque tengo el deseo de ser flaco”.

Continuando con el análisis de las intervenciones del director, es importante destacar que, para alcanzar un cambio de conducta en aquellos pacientes que suelen ser más reticentes, la forma de hacerlo resulta, en algunas oportunidades, un tanto violento y poco indulgente. Uno de los sujetos entrevistado manifestó “en muchas oportunidades no conté la verdad por miedo a lo que pueda contestar el director, quien suele ser bastante hiriente si quiere. En otras oportunidades lo hice para evitar un sermón”. Esta particularidad se aleja de la fomentación a la autorrevelación por parte del coordinador con el paciente a la que hacen alusión Cartel Sobell y Sobell (2016).

Ahora bien, en otro orden de ideas, la concepción del coordinador de un grupo como co-pensador desarrollada por Ventriglia et al. (2012) puede ser trasladada al comportamiento del director. Constantemente hace visible en el grupo situaciones de la realidad que se esconden en los relatos distorsionados de los pacientes. En algunas circunstancias, los problemas que presentan los sujetos no están plasmados de forma explícita en el discurso. Se requiere de una interpretación correcta para descifrarlos. En este sentido, al momento de ser entrevistada una de las coordinadoras reconoció en el director su capacidad perceptiva para con sus pacientes. A fin de cumplir con ese rol, se

necesita que el grupo se exprese. No es beneficioso que se impongan temas arbitrariamente para que surjan dudas de los pacientes, por el contrario, así como lo entienden Cartel Sobell y Sobell (2016), las inquietudes auténticas emanarán desde los sujetos, siempre y cuando, se le permita al grupo plantear sus propias dificultades diarias. Un ejemplo de esto es cuando el director de la clínica interviene en el grupo y pregunta, paciente por paciente, “¿Cómo te sentís? ¿Cómo estás en tu vida personal? ¿Cómo te estás llevando con el tratamiento?”.

Por otro lado, más allá de lo manifestado por los entrevistados respecto a las diferencias que presentan los grupos cuando son coordinados por el director, lo cierto es que de la observación surgen elementos objetivos que permiten corroborarla. Cuando está presente, aquellos pacientes que ingresan a la sesión ya comenzada, así como los que se tienen que retirar antes de su finalización, la entrada o salida la ejecutan de manera rápida y corporalmente con una postura agazapada. Pues bien, estos pacientes son conscientes que se exponen a ser interrogados por el director para conocer los motivos de su decisión y así tener que dar explicaciones ante sus compañeros.

Otra de las características de sus grupos es el silencio. En una oportunidad, el encuentro de turno noche había comenzado sin su presencia y se percibía cierta desconcentración entre los integrantes por cuanto se escuchaba constantemente un murmullo de fondo. Una vez que llegó el director, esa situación cambió. El silencio se hizo presente y hasta la coordinadora, que se encontraba a cargo de la sesión, hizo referencia a tal comportamiento. Sumado a ello, es considerablemente menor la cantidad de pacientes que salen del grupo durante su desarrollo para ir al baño, tomar agua o hablar por teléfono celular cuándo está a cargo de la conducción el director de la clínica.

Estas circunstancias mencionadas en los dos párrafos anteriores se vinculan con la figura que representa el director para sus pacientes. Cristobo y Bousoño (2011) destacan la necesidad de encontrar en esa personalidad un lugar de supuesto saber para alcanzar el éxito terapéutico. Un ser en el que se pueda depositar la confianza necesaria con el fin de generar la alianza terapéutica pertinente entre los miembros del grupo y el coordinador. Esto es así por cuanto la presencia del director genera, para aquellos que concurren a sus grupos, un clima particular. Se lo escucha de otra manera y sus palabras tienen un valor diferente para los pacientes. Sin perjuicio que en las entrevistas realizadas la mayoría de los individuos no reconocieron idolatrar al director, lo cierto es que sí lo admiten en el otro. Es decir, todos han manifestado que para ellos da igual cuando el grupo es coordinado por el director o por otro terapeuta, pero sí advierten una preferencia en sus

compañeros. En palabra de uno de los pacientes “la mayoría de las personas si no está el director no se quedan al grupo”. Más allá de lo mencionado, en función de lo observado durante la práctica, se pudo advertir que los pacientes le otorgan un gran respeto al director y le atribuyen un nivel de sabiduría relevante.

Ventriglia et al. (2012) hacen hincapié en el desarrollo de las características generales que debe poseer un terapeuta a cargo de un grupo. Gracias a un proceso evaluativo, el coordinador podrá identificar el estado en el que se encuentran los pacientes, conocer sus niveles de ansiedad y reconocer sus mecanismos de defensa. En muchos casos, el sujeto esboza en los encuentros terapéuticos que está transitando una etapa de desorganización en el tratamiento o expone algún hecho que implica una recaída en el compromiso asumido con la dieta.

Una intervención relacionada con ello es la que llevó a cabo el director de la clínica cuando una paciente planteó frente a todo el grupo que hacía menos de una semana de su comienzo en la institución y ya había quebrado la dieta. En dicha oportunidad expresó “me siento endemoniada, no quiero abandonar el tratamiento, pero no puedo parar de comer”. Ante ese testimonio, el director le explicó que esta enfermedad es dual, por cuanto hay una pelea interna entre lo emocional y lo racional. Le comentó que “algunos no ejecutan los pensamientos, al principio es muy duro, pero después se van incorporando ideas; al iniciar el tratamiento lo bueno es que se deja de chocar con dos amores, el comer y el querer ser flaco”. Le reveló que “esa dicotomía genera un desgaste psíquico muy importante en los pacientes, por ello, al dar comienzo con la dieta, se entiende que el sujeto escoge el deseo de bajar por sobre el de comer”. Finalmente destacó la importancia que la paciente haya decidido contarle porque sirve para descomprimir. Concretamente, en esta participación terapéutica, el director asumió la responsabilidad que le cabe y transformó aquella situación caótica en una de aprendizaje (Aizpún Marcitllach & Fernández de Gamboa Aguinaga, 2014).

Siguiendo este orden de ideas, Cristobo y Bousoño (2011) enfatizan respecto a la importancia del humor en las sesiones. Éste es uno de los recursos que más ha utilizado el director. Lo emplea frecuentemente por cuanto le da la posibilidad de vincularse con los pacientes de una manera distinta. Ante ocasiones críticas del grupo o momentos angustiosos, ha sabido manejar la situación con la inclusión de un chiste o un comentario gracioso para bajar los niveles de tensión que se percibían. Tiene el *timing* justo para insertar el humor y provocar el efecto deseado en los sujetos, lejos de ocasionar una ofensa o generar una burla sobre alguna persona o hecho en particular. Por el contrario, es

utilizado como un gesto de acercamiento y familiaridad, creándose una red de buen clima y fortaleciéndose las alianzas terapéuticas (Pérez & Álvarez, 2002).

Constantemente, el director, al momento de intervenir, pone en juego la clínica de la mirada y la clínica de la escucha a la que hace referencia Cristobo (2011) y logra crear un enlace entre ambas. Respecto a la primera, es usual que, al comenzar un diálogo con uno de los pacientes, el director se refiera al aspecto corporal del obeso. No esquivo esa cuestión, por el contrario, hace hincapié sobre los kilos de más que se pueden percibir visualmente. Luego de ello, avanza sobre las cuestiones personales del paciente y procede a escuchar el relato del sujeto para conocer por qué se encuentra sentado en esa silla participando del grupo.

Finalmente, resta mencionar que esta diferencia, en cuanto a la coordinación de los grupos cuando está a cargo el director de la clínica, es válida también para los otros coordinadores. No son solamente los pacientes quienes advierten tal situación. En palabras de una de las psicólogas “siento que cuando coordino con él lo hago mucho mejor, para mí no hay otro igual, transmite una confianza a los pacientes y a los que co-coordinamos que ningún otro puede promover”. Cartel Sobell y Sobell (2016) destacan la importancia de esta afinidad entre los terapeutas, sosteniendo que la misma favorece a la cohesión grupal.

## **6. Conclusiones**

### **6.1 Resumen del desarrollo**

En función de lo desarrollado en el presente trabajo se han podido describir las contribuciones que produce la terapia grupal, en el marco de un tratamiento contra la obesidad, llevada a cabo en una institución abocada a dicha problemática. Para ello, se han analizado las características específicas de los grupos de descenso de peso que forman parte de ese tratamiento. Se ha podido comprender que el propósito de los mismos consiste en modificar los malos hábitos alimenticios que integran la vida cotidiana de los pacientes para que, finalmente, se obtenga un cambio de conducta que se constituya definitivamente a lo largo del tiempo. En coincidencia con lo que establece Korbman de Shein (2010), se ha podido observar que, para lograrlo, resulta fundamental un reaprendizaje en los pacientes.

Asimismo, resultó importante conocer las expectativas que presentan los individuos que inician el tratamiento de descenso de peso que propone la clínica. En efecto, se pudo advertir que, al momento de comenzar el plan de adelgazamiento, los sujetos obesos presentan una importante voluntad para afrontarlo, pero, un notable descreimiento en cuanto a las posibilidades para lograrlo, situación que se relaciona con los repetidos intentos frustrados (Bousoño, 2011).

Por otro lado, al identificar y analizar la importancia que le atribuyen los profesionales y los pacientes a la asistencia al grupo de descenso, se pudo comprender que el tratamiento propuesto por el centro terapéutico se basa en los recursos que el paciente puede adquirir en los encuentros mencionados. En ese contexto, los individuos logran comprometerse con el grupo, motivarse y adquirir una gran cantidad de información que les resulta útil para resolver cuestiones asociadas con su errónea forma de vincularse con la comida. Ravenna (2006) entiende que los grupos son un espacio ideal para que se unan las voluntades individuales de cada miembro y se orienten en una misma dirección, como consecuencia del contagio.

Por último, se han podido analizar las intervenciones que realiza el director de la clínica cuando asiste a los encuentros terapéuticos, permitiéndose de esta manera conocer las particularidades de su coordinación, teniéndose en cuenta la opinión de los pacientes y los coterapeutas, como así también aquellos elementos objetivos que se observaron en la práctica.

## **6.2 Limitaciones**

En primer lugar, vale mencionar que todos los profesionales de la institución con los que existió la oportunidad de relacionarse, han sido solidarios, colaboradores y bien predispuestos. Dicho esto, es importante destacar que el acercamiento con los profesionales de la clínica ha sido insuficiente, por cuanto solamente se han entrevistado tres coordinadores de los grupos. En este sentido, se debe tener en cuenta que durante la hora terapéutica no se podían hacer preguntas, como así tampoco existió la oportunidad, posteriormente a los grupos presenciados, que se revelen los motivos de las intervenciones realizadas en una charla integrada por coordinadores-pasantes. Si bien era factible encontrarse con los profesionales en espacios comunes dentro de la clínica y así poder consultarles respecto a determinadas inquietudes, lo cierto es que en esos casos se pierde la inmediatez necesaria para evacuar las dudas que surgen durante el desarrollo de un grupo. Resultaría dificultoso recordarle al coordinador una situación vivida en otro grupo anterior para, posteriormente, demandarle una explicación respecto a una intervención ejecutada, toda vez que para obtener una respuesta certera se deberían aportar detalles particulares de la ocasión (gestos, expresiones, comentarios) que en la charla no son posibles de transmitir.

Asimismo, han surgido durante el desarrollo de la práctica otras limitaciones. Por un lado, hubiese sido un gran aporte poder compartir las reuniones que realizan los profesionales y así poder conocer con mayor profundidad la modalidad de trabajo del equipo interdisciplinario, las propuestas planteadas y la razón de algunas intervenciones y/o directivas que se imparten a los pacientes en los grupos.

Cabe resaltar que, la observación en los grupos, las entrevistas realizadas y los momentos que se pueden compartir en el bar-restaurante de la institución no alcanzan para conocer íntegramente la situación particular de los pacientes. Sumado a ello, tampoco se tuvo contacto con los psicólogos que atienden individualmente en la clínica ni acceso a las historias clínicas de los pacientes. En definitiva, hubiese sido de gran utilidad poder tener un seguimiento personal con algunos pacientes, permitiéndose de esta manera conocer con minuciosidad la vida personal de los sujetos.

Lo mencionado en el párrafo anterior también se vincula con otra limitación observada en la experiencia que se llevó a cabo, la duración. Si bien la posibilidad de compartir los grupos de descenso da lugar al análisis de sus características propias, lo

cierto es que hubiese sido de gran valor recorrer el camino que realiza un paciente recién llegado a la clínica desde su inicio hasta el final de la práctica, para poder observar el proceso del tratamiento.

### **6.3 Perspectiva crítica**

La oferta horaria de grupos terapéuticos que brinda la clínica es amplia y permite que el paciente concurra, dependiendo de sus posibilidades, a la mañana, tarde o noche. Ahora bien, no es menos cierto que, en algunos casos, como por ejemplo, los grupos de la tarde o los del fin de semana -entre otros- son coordinados generalmente por el mismo profesional, resultando imposible que el paciente elija el grupo según sus preferencias respecto al coordinador y su disponibilidad horaria, debiendo tener que optar entre estas. En los encuentros presenciados se ha hecho mención, no solo a la importancia que el paciente concurra diariamente al mismo grupo, sino también que el paciente elija un espacio de pertenencia dónde se sienta cómodo, tanto con los otros miembros, como con el profesional a cargo de su coordinación. En este sentido, en algunos casos, dicha situación no podrá llevarse a cabo teniendo en cuenta que algunas personas tienen compromisos personales que no le permiten combinar ambos requisitos. Sería útil el agregado de algunos grupos opcionales para poder cumplir con lo referido.

Uno de los objetivos que se busca en los encuentros grupales es que cada participante pueda exponerse frente a sus compañeros y comparta su situación personal. Más allá que parte de las técnicas de intervención de los profesionales están orientadas intencionalmente en un sentido confrontativo y poco amigable, en algunas ocasiones, este estilo de coordinación puede convertirse en un obstáculo para que el sujeto pueda exteriorizarse, por cuanto surgen, según lo recabado en las entrevistas, sentimientos de miedo, vergüenza o simplemente, falta de voluntad de confrontar en público, cuestión que le impide dar a conocer su historia en forma completa. En este sentido, parecería ser necesario que sean seleccionadas con mayor precisión las situaciones en las que deba prevalecer ese estilo de intervención, dejándose lugar a un modo menos combativo para que el sujeto se pueda expresar con mayor libertad.

Por otro lado, muchas de las intervenciones que realizan los profesionales están dirigidas a ubicar la figura de una persona flaca en una condición de supremacía con respecto a la de un sujeto obeso. Las mismas están cargadas de una gran valoración y, para los pacientes, aquellas provienen de una persona sobre el cual se deposita un lugar de saber. Quizá dichas intervenciones no contribuyan a la modificación de los pensamientos de autoderrota y baja autoestima que se busca en el tratamiento. En efecto, deviene

relevante valorar el sentido de poner en práctica las mismas teniendo en cuenta las consecuencias ocasionadas.

Otras de las críticas que puede realizarse está vinculada con la dependencia que se genera en los pacientes con el tratamiento que se brinda en la clínica. Es decir, desde la institución, el método de descenso de peso que se utiliza es presentado como la única solución posible a la problemática de obesidad. Esta idea es constantemente repetida por los profesionales en los encuentros terapéuticos. Ahora bien, aquel paciente que crea en esta premisa y, por distintos motivos, no pueda continuar con el tratamiento en la clínica, se encontrará en una posición de desamparo en cuanto a su problemática, creyendo que no existe arreglo para ello y abandonando cualquier posibilidad de sublevación a la obesidad.

Vinculado con lo mencionado en el párrafo anterior, se pudo advertir una gran cantidad de sujetos reincidentes que concurren a la institución. En los grupos, un importante porcentaje de los integrantes ya han sido pacientes, por lo menos en una oportunidad, con anterioridad. Parte del discurso de estos individuos se basa en que solos no pueden y que, evidentemente, la clínica es el único lugar que puede ayudarlos a bajar de peso. En este sentido, pueden plantearse dos cuestiones críticas. En primer lugar, el asunto de la dependencia, ya desarrollada precedentemente. Por otro lado, vale destacar la gran cantidad de pacientes reincidentes. Sin perjuicio que la obesidad es una enfermedad crónica, lo que daría lugar a la presencia de muchos ex pacientes retomando en una nueva oportunidad el tratamiento, es importante mencionar que muchos de ellos vuelven luego de un corto plazo de abandono. Es decir, después de haber alcanzado el peso ideal, rápidamente los pacientes vuelven a subir de peso y a reanudar el tratamiento en la institución.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que los temas a tratar en los grupos están asociados al vínculo del sujeto con la comida y sus vidas personales. De este modo, resultaría valioso el aporte que podrían llegar a realizar los familiares de los pacientes, tanto para conocer el grado de influencia que poseen en las conductas incorrectas desplegadas respecto a la alimentación, como así también, para generar un aliado en el tratamiento, a quien debería brindársele la capacitación correspondiente. El entorno familiar o social del paciente puede ocupar un lugar determinante en el éxito o fracaso del tratamiento. El mismo dependerá del rol que ocupa. Es decir, si es funcional o no, a la conducta de comer en forma inapropiada que despliega el paciente.

## **6.4 Aporte personal**

En el marco de una enfermedad como la obesidad, la terapia de grupo surge como uno de los elementos indispensables en el tratamiento. La dificultad que posee el abordaje de esta problemática recae sobre la gran variedad de aspectos que afecta simultáneamente en una persona (salud, físico, psicológico y social). El encuentro terapéutico grupal brinda a los pacientes obesos un espacio para trabajar sobre aquellas consecuencias que provoca la obesidad de una forma integral.

La convicción por parte de los profesionales en cuanto a la importancia de asistir de manera indefectible y diaria a los grupos para alcanzar un tratamiento exitoso surge a partir de la experiencia de aquellos y los resultados obtenidos a lo largo de los años. La estadística indica que los pacientes más cumplidores con la concurrencia al grupo son los que más kilos bajan en menor tiempo. En efecto, este dato no resulta ser menor. Al conocer los detalles de los encuentros grupales se pudo observar una serie de elementos que convierten a este dispositivo en un aspecto determinante en el tratamiento.

Tanto de la bibliografía consultada, como del relato de los profesionales que integran el equipo interdisciplinario de la clínica, se desprende que el objetivo de la terapia grupal en la obesidad está dirigido en la búsqueda de un cambio de comportamiento. Es decir, que el paciente logre adquirir una nueva manera de vincularse con la comida. Para ello, los sujetos asisten a los grupos terapéuticos, donde comparten un espacio en común con otros que se encuentran en igual situación. Allí se sentirán expuestos, compartirán sus experiencias y se verán reflejados en las de otros, contarán sus éxitos y fracasos, incorporarán información y nuevas herramientas, crearán lazos con sus compañeros con quienes se unirá para motivarse, darse el ánimo necesario para no abandonar y seguir por el camino escogido.

Concretamente, en la terapia de grupo, todo este dispositivo mencionado en el párrafo anterior, se pone al servicio de la producción de un quiebre o límite en la conducta repetida del obeso, para que, finalmente y gracias al reaprendizaje, el individuo incorpore, de forma permanente en su vida, una nueva manera de comer. Precisamente se hace referencia a un nuevo aprendizaje por cuanto al comenzar con el tratamiento de descenso de peso que propone la clínica, se está aludiendo a que el paciente encontrará una nueva manera de vivir y se generará un cambio de comportamiento, que no se limita solamente a la comida, sino que abarca todas las esferas de la vida de un paciente.

En cuanto a las futuras investigaciones, sería interesante continuar estudiando las características que hacen de la terapia grupal un pilar clave en el tratamiento de la obesidad para afirmar continuamente la aceptación que hoy en día recae sobre la misma. Asimismo, conocer con mayor profundidad la eficacia de las intervenciones desplegadas para avanzar sobre aquellas que resultan útiles en su aplicación, como así también, en los casos que no la sean, dejarlas de lado. Sumado a ello, deriva importante persistir en la creación de técnicas que permitan aumentar el repertorio y así obtener un mayor resultado positivo en los objetivos del tratamiento. A su vez, surge indispensable avanzar sobre el estudio del abandono al tratamiento y los pacientes reincidentes, sus razones y sus consecuencias. De tal manera, podría alcanzarse un panorama más amplio respecto a la prevención y la capacidad de advertir a los pacientes de un desenlace no deseado.

Para finalizar, resta mencionar que este trabajo ha contribuido a la formación profesional toda vez que se han adquirido conocimientos y herramientas de la terapia grupal para un tratamiento de obesidad. Asimismo, se ha comprendido la importancia que tienen los encuentros terapéuticos y las intervenciones que realizan los profesionales a cargo de los grupos para obtener resultados exitosos en el tratamiento, teniéndose en cuenta el esfuerzo desplegado ante las dificultades de los pacientes, como así también la satisfacción adquirida cuando se consiguen cambios saludables en los individuos que favorecen a una mejor calidad de vida. Sumado a ello, se ha podido comprender la relevancia que tiene la producción interdisciplinaria en este tipo de problemáticas para contemplar de manera amplia los problemas de la obesidad.

Por otro lado, el trabajo realizado ha permitido la adquisición de conocimientos que posibilita un mayor entendimiento de los problemas expuestos por los pacientes y las soluciones sugeridas por los profesionales. Conocer la dinámica de los grupos terapéuticos favorece a la experiencia profesional por cuanto es un tratamiento alternativo a la terapia individual y da la posibilidad de aumentar el saber con relación a su funcionamiento mediante la advertencia de los distintos tipos de pacientes y las variadas intervenciones profesionales desplegadas, como así también, la posibilidad de ejercitar la capacidad de escucha y observación.

## 7. Referencias bibliográficas

Aguilera Sosa, V.R., Leija-Alva, G., Rodríguez Choreño, J.D., Trejo Martínez, J.I. & López de la Rosa, M.R. (2009). Evaluación de cambios en Esquemas Tempranos Desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual grupal. *Revista colombiana de psicología*, 18(2), 157-166.

Aizpún Marcitllach, A. & Fernández de Gamboa Aguinaga, C. (2014). La Terapia de Grupo en un Caso de Obesidad. *Clínica Contemporánea*, 5(1), 41-51.

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), 417-428.

Álvarez Castro, P. (2005). Diagnóstico y clasificación de la obesidad.

Recuperado de <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11328/CC-77%20art%2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Barquera Cervera, S., Campos Nonato, I., Rojas, R., & Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiologías y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146(6), 397-407.

Barrera Cruz, A., Ávila Jiménez, L., Cano Pérez, E., Molina Ayala, M.A., Parrilla Ortiz, J.I., Ramos Hernández, R.I., Sosa Caballero, A., Sosa Ruiz, M., & Gutiérrez Aguilera, J. (2013). Guía de práctica clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 344-357.

Barrera Cruz, A., Rodríguez González, A., & Molina Ayala, M.A. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 292-299.

Berrocal, C., Luciano, M.C., Zaldívar, F., & Esteve, R. (2003). Validez del modelo conductual en su explicación de problemáticas relacionadas con el peso corporal. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 265-282.

Bion, W.R. (1994). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós.

Bousoño, N. (2011). ¿Qué admitimos los psicólogos? En C. Cristobo et al. (Eds.), *Obesidad hablada. Una experiencia grupal* (pp27-28). Buenos Aires: Dunken.

Braguinsky, J. (2002). Prevalencia de obesidad en América Latina. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(1), 109-115.

Bravo Del Toro, A., Espinosa Rodríguez, T., Mancilla Arroyo, L.N., & Tello Recillas, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 115-123.

Carter Sobell, L. & Sobell, M.B. (2016). *Terapia de grupo para los trastornos por consumo de sustancias. Un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide.

Casado, M.I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B., & Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Revista electrónica de psicología*, 1(1). Recuperado de <https://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/4-TRASTORNOS-ALIMENTACION/Intervenc%20cog%20cdtual%20pac%20obesos.pdf>

Chavarría Arciniega, S. (2002). Definición y criterios de obesidad. *Revista Nutrición Clínica*, 5(4), 236-240.

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

Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1994). *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona: Herder.

Cristobo, C. (2011). El objeto de nuestra praxis: obesidad hablada. En C. Cristobo et al. (Eds.), *Obesidad hablada. Una experiencia grupal* (pp49-52). Buenos Aires: Dunken.

Cristobo, C. & Bousoño, N. (2011). Obesidad. ¿Cómo se interviene en un grupo? En C. Cristobo et al. (Eds.), *Obesidad hablada. Una experiencia grupal* (pp53-60). Buenos Aires: Dunken.

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.

Custodio, J., Elizathe, I., Murawski, B., & Rutzstein, G. (2015). Obesidad en Argentina: un desafío pendiente. Política de salud pública y tasas de prevalencia. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 137-142.

Dalprá, D., Jiménez Urrego, A.M., Botero Carvajal, A., & Villamarín Betancourth, E.A. (2015). Obesidad: Alcance y preeminencia desde una perspectiva psicológica. *Revista Gastrohnutp*, 18(3).

Dávila Torres, J., González Izquierdo, J.J., & Barrera Cruz, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 240-249.

Daza, C.H. (2002). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Médica*, 33(2), 72-80. Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Pax México.

Elgart, J., Pfirter, G., González, L., Caporale, J., Cormillot, A., Chiappe, M.L. et al. (2010). Obesidad en Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. *Revista Argentina Salud Pública*, 1(5), 6-12.

Fernández-Moreno, C., Jiménez-García, A., & Granados Bolívar, M.E. (2015). Intervención grupal en la obesidad a través de la terapia cognitivo-conductual. Paraninfo digital. Monográficos de investigación de salud. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/280.pdf>

Fiedler, R. (2011). Limitar un cuerpo dentro de los límites de un dispositivo. En C. Cristobo et al. (Eds.), *Obesidad hablada. Una experiencia grupal* (pp17-19). Buenos Aires: Dunken.

Flores-Domínguez, C. (2012). Ética en el tratamiento de la obesidad. *Nutrición clínica y Dietética Hospitalaria*, 32(2), 54-57.

Francia, A., & Mata, J. (2014). *Dinámica y técnicas de grupos*. Madrid: CCS.

Garaulet, M., & Gómez Abellán, P. (2012). Terapia de comportamiento y dieta mediterránea en el tratamiento de la obesidad. El método Garaulet. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição*, 4(5), 7-16.

García García, E. (2004). ¿Qué es la obesidad? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), 88-90.

García García, E., De la Lata Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Tusié Luna, M.T., Calzada León, R., Vázquez Velázquez, V. et al. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública de México*, 50(6), 530-547.

García Llana, H., Rodríguez Doñate, B., & de Cos Blanco, A.I., (2010). Motivación y adhesión a tratamientos. Abordaje integral en la consulta hospitalaria de obesidad. *Revista Española de Obesidad*, 8(2), 87-92.

González, M.P. (1997). *Orientaciones teóricas fundamentales en psicología de los grupos*. Barcelona: EUB.

Guelar, D., & Crispo, R. (2001). *Adolescencia y trastornos del comer*. Barcelona: gedisa.

Hernández Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140(2), 27-32.

Jiménez Acosta, S.M., Rodríguez Suárez, A., & Díaz Sánchez, M.E. (2013). La obesidad en Cuba. Una mirada a su evolución en diferentes grupos poblacionales. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 23(2), 297-308.

Kaufer-Horwitz, M., Tavano-Colaizzi, L., & Ávila-Rosas, H. (2001). Obesidad en el adulto. En E. Casanueva, M. Kaufer-Horwitz., A.B. Pérez-Lizaur., & P. Arroyo (Eds.), *Nutriología médica* (pp349-454). México: Editorial Médica Panamericana.

Kaufer-Horwitz, M., & Toussaint, G. (2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 502-518.

Koffman, R.G. (2009). Emocionalidad y automatismos en la psicoterapia de la obesidad. *Revista Médica de Rosario*, 75(1), 20-22.

Korbman de Shein, R. (2010). Obesidad en adultos. Aspectos médicos, sociales y psicológicos. *Anales médicos. Asociación Médica Centro Médico ABC*, 55(3), 142-146.

Lafuente, M.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*, 129(10), 387-391.

Lechuga Navarro, L., & Gámiz Jiménez, M.N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. Aproximación cognitivo-conductual. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 2, 142-157.

Leija-Alva, G., Aguilera-Sosa, V.R., Lara-Padilla, E., Rodríguez-Choreño, J.D., Trejo-Martínez, J.I., & López de la Rosa, M.R. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 19-28.

López Alarcón, M.G., & Rodríguez Cruz, M. (2008). Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 421-430.

López Mojares, L.M. (2015). OBESIDAD. Un problema no tan simple. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 11(42), 305-309.

Martínez, J.A., Moreno, M.J., Marques Lopes, I., & Martí, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(1), 17-27.

Martínez Álvarez, B. (s.f.). Tratamiento psicológico de la obesidad. Recuperado de <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/62/1419/32/1v62n1419a13026704pdf001.pdf>

Martínez Vallsa, J.F., Ibáñez Guerrab, E., Ortega Serranoc, J., Sala Palaub C., & Carmena Rodríguez, R. (2002). Tratamiento de la obesidad: dieta, terapia psicológica y de comportamiento, ejercicio físico, tratamiento farmacológico y quirúrgico. *Medicine. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 8(86), 4642-4650.

Mastropierro, M.C., Martín Mogaburu, J.P., & Loprete, N. (2010). El sujeto en la obesidad. Recuperado de <http://www.academica.org/000-031/800.pdf>

Meza Peña, C., & Moral de la Rubia, J. (2011). Obesidad: Una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Revista internacional de psicoanálisis*, 37.

Montero, J.C., Cúneo, A., Facchini, M., & Bressan, J. (2002). Tratamiento integral de la obesidad y su prevención. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(1), 175-186.

Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.

Pérez, A., & Fernández Álvarez, H. (2002). Terapia cognitiva de grupo. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 13(50), 267-272.

Pérez, E.C., Sandoval, M.J., Schneider, S.E., & Azula, L.A. (2008). Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. Recuperado de [http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista179/5\\_179.pdf](http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista179/5_179.pdf)

Pierri, A. (2011). Cuerpo y grupo. Una experiencia hospitalaria. En O. Saidón (Ed.), *La potencia grupal* (93-100). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Quaglia de Brandes, H.B. (s.f.). La actividad física en el tratamiento de la obesidad. Recuperado de [http://deporteparatodos.com/imagenes/documentacion/ficheros/20061023131753actividad\\_fisica\\_contra\\_obesidad.pdf](http://deporteparatodos.com/imagenes/documentacion/ficheros/20061023131753actividad_fisica_contra_obesidad.pdf)

Raich, R.M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.

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

Ravenna, M. (2016). *+Vida -Kilos. Los juegos del hambre y las trampas del comer*. Buenos Aires: Grijalbo.

Rodríguez, K., Rodas, P., Mairena, D., & Sánchez, C. (2015). Prevalencia de sobrepeso y obesidad, evolución antropométrica y factores relacionados en adolescentes de institutos de educación media, Tegucigalpa, Honduras. *Revista Médica Hondureña*, 83(3 y 4), 100-105.

Rodríguez-Rodríguez, E., López Plaza, B., López Sobaler, A.M., & Ortega, R.M. (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. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156129532003000200006&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156129532003000200006&script=sci_arttext&lng=en)

Rojas Jiménez, S., Lopera Valle, J.S., & Cardona Vélez, J. (2013). Factores individuales, eventos vitales y variabilidad genética en la génesis de la obesidad: una aproximación al abordaje integral. *Revista venezolana de endocrinología y metabolismo*, 11(3), 112-122.

Sánchez-Castillo, C.P., Pichardo-Ontiveros, E., & López, P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140(2), 3-20.

Santroni, J.P., & Miyozato, M. (2011). Primera entrevista nutricional. En C. Cristobo et al. (Eds.), *Obesidad hablada. Una experiencia grupal* (pp33-40). Buenos Aires: Dunken.

Sierra Murguía, M. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. *Interdisciplinaria*, 30(2), 191-199,

Sierra Murguía, M., Vite Sierra, A., & Torres Tamayo, M. (2014). Intervención cognitivo-conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Acta colombiana de psicología*, 17(1), 25-34.

Szer, G., Kovalskysa, I., & De Gregorio, M.J., (2010). Prevalencia de sobrepeso, obesidad y su relación con hipertensión arterial y centralización del tejido adiposo en escolares. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(6), 492-498.

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

Varín, R. (2002). *El lunes empiezo*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

Vázquez, I.A., Fernández Rodríguez, C., & Pérez Álvarez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

Vázquez Velázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de endocrinología y nutrición*, 12(4), 136-142.

Vázquez Velásquez, V., & López Alvarenga, J.C. (2001). Psicología y obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), 91-96.

Ventriglia, I., Chimirri, E., Fernández, D., & Lareu, T. (2012). *Obesidad. Otra mirada*. Buenos Aires: Editorial del Hospital.

Vilallonga, L., Repetti, M., & Delfante, A. (2008). Tratamiento de la obesidad: abordaje nutricional. *Revista Hospital Italiano Buenos Aires*, 28(2), 63-70.

Villaseñor Bayardo, S.J., Ontiveros Esqueda, C., & Cárdenas Cibrián, K.V. (2006). *Salud mental y obesidad. Investigación en salud*, 8(2), 86-90.