

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

La utilización de Mindfulness como herramienta cognitivo-conductual en el tratamiento de
la obesidad

Alumna: Laura Celeste Miranda

Tutor: Claudia Garber

Buenos Aires, Noviembre de 2018

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	3
2.1 General.....	3
2.2 Específicos.....	3
3. Marco Teórico	3
3.1 Definición de obesidad.....	3
3.2 La ingesta compulsiva.....	6
3.3 Tratamiento de la obesidad.....	7
3.4 La Terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la obesidad	9
3.5 El rol de los grupos terapéuticos.....	11
3.6 La meditación como herramienta en la Terapia cognitivo-conductual.....	12
3.7 Surgimiento y definición de Mindfulness.....	13
3.8 Mindfulness como herramienta en la terapia.....	16
3.9 Las técnicas en Mindfulness.....	18
3.10 Comer consciente.....	20
4. Metodología	21
4.1 Tipo de estudio.....	21
4.2 Participantes.....	21
4.3 Instrumentos.....	22
4.4 Procedimiento.....	22
5. Desarrollo	22
5.1 Objetivo 1.....	22
5.2 Objetivo 2.....	26
5.3 Objetivo 3.....	30
6. Conclusiones	33
7. Referencias bibliográficas	40

1. Introducción

El presente trabajo se elaboró durante la práctica profesional realizada en una institución multidisciplinaria especializada en el tratamiento de la obesidad y el descenso de peso. Este centro, cuya sede principal se encuentra ubicada en el barrio de Colegiales de la Ciudad de Buenos Aires, ofrece como parte de su tratamiento un sistema contenedor y continuo, basado en el corte inmediato con los excesos, la medida en la porción, el cuerpo y la ropa, y la distancia entre las comidas y con la comida. Se trata de un plan intensivo que engloba el tratamiento con médicos, nutricionistas, control continuo del peso, clases programadas de actividad física, servicio de viandas especializadas, reuniones grupales e individuales con terapeutas y talleres especializados de salud y alimentación.

La práctica constituyó el cumplimiento de 280 horas presenciales en la institución, las cuales se desarrollaron concurriendo al centro de manera diaria, asistiendo a las reuniones de los grupos terapéuticos tanto de descenso como de mantenimiento de peso. En ocasiones pudieron modificarse días y horarios para concurrir a jornadas especiales como encuentros de pacientes del interior de país u otros países y de talleres especiales de meditación, nutrición y salud.

Fue a partir de la observación no participante y el registro de manera escrita de grupos terapéuticos y de las intervenciones realizadas por parte de los profesionales dentro del espacio de grupo que se despertó el interés por la práctica de Mindfulness aplicada a un tratamiento de descenso de peso. La elección de esta temática tuvo origen en el interés por ahondar en la utilización de prácticas meditativas como parte de las terapias de conducta y en cómo puede ayudar en el tratamiento al paciente obeso el ejercicio de la atención plena en el aquí y ahora, pudiendo integrarlo a su vida cotidiana para contribuir en el cambio de hábitos y en su relación con la comida.

2. Objetivos

2.1 General

Describir la utilización del Mindfulness dentro de un tratamiento del tipo cognitivo – conductual para la obesidad.

2.2 Específicos

- 2.2.1 Describir la importancia de la utilización del Mindfulness en el tratamiento del tipo cognitivo – conductual para la obesidad en base a la opinión de los profesionales.
- 2.2.2 Describir la utilización de intervenciones vinculadas al Mindfulness dentro de los grupos de descenso de peso.
- 2.2.3 Describir la utilización del Mindfulness en talleres específicos como parte del tratamiento del tipo cognitivo – conductual para la obesidad

3. Marco teórico

3.1 Definición de obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial caracterizada por la acumulación excesiva de grasa o la hipertrofia del tejido adiposo en el cuerpo (Organización Mundial de la Salud, 2018). Se desarrolla cuando el aporte calórico es superior al gasto energético, es decir, cuando la energía que ingresa al cuerpo es superior a la que se necesita. En este desequilibrio influyen factores genéticos, conductuales y ambientales (Peña y Bacallao, 2001).

Para la clasificación de la obesidad se utiliza el índice de masa corporal (IMC), el cual es un indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar tanto el sobrepeso como la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talle en metros. De esta manera, una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. Tanto el sobrepeso como la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades

crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Además, la obesidad es el quinto factor principal de riesgo de muerte a nivel mundial. Las causas son múltiples e incluyen factores tales como la herencia genética, el comportamiento del sistema nervioso, endocrino y metabólico y el estilo de vida que se lleve (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Actualmente, la obesidad se ha convertido, tras el tabaquismo, en la segunda causa de mortalidad evitable, convirtiéndola en un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas de gran prevalencia en países desarrollados como la hipertensión arterial, la dislipemia y la diabetes. Dentro de sus consecuencias a nivel clínico, la obesidad está asociada a muchas enfermedades como la cardiopatía isquémica, el accidente vascular cerebral, el síndrome de hipoventilación, la apnea del sueño y diversas alteraciones en la reproducción. Asimismo, existen estudios recientes que asocian la obesidad al riesgo de desarrollar desde diversos tipos de cáncer hasta la enfermedad de Alzheimer (Cabrerizo, Rubio, Ballesteros & Lopera, 2008).

Pero además de los efectos negativos en la salud, la obesidad tiene también consecuencias a nivel psicológico, ya que genera reacciones de estrés en quienes la padecen. Las personas obesas presentan rasgos de personalidad tales como baja autoestima, ansiedad social, depresión y tendencia a evitar las multitudes. Existen pruebas de que en culturas donde la sociedad tiene una mayor tolerancia a la gordura, las personas obesas no sufren problemas psíquicos particulares (Pipher, 1999).

De acuerdo con el Dr. Cormillot (1991), la obesidad puede provocar desde trastornos en la imagen corporal hasta depresiones profundas. Estos problemas pueden ser desencadenantes de la enfermedad o bien ser una consecuencia de la misma, incluso pueden funcionar como desencadenante y factor de agravamiento a la vez. Los problemas psicológicos más importantes derivados de la enfermedad son la tendencia al aislamiento, reacciones fóbicas, depresión, hostilidad, dificultades sexuales, trastornos del esquema corporal y sentimientos de inferioridad. El paciente obeso suele retraerse y encerrarse, situación que aumenta con frecuencia a medida que aumenta el sobrepeso y se agrava más aún si el medio social es prejuicioso u hostil. En estos casos muchos obesos, especialmente las mujeres, reaccionan huyendo del medio y aumentando el aislamiento, lo cual puede

agravar las tendencias depresivas que lo caracterizan. El rechazo social genera sentimientos de inferioridad que pueden llegar a agravar notablemente la enfermedad, aumentando la tendencia al aislamiento y la depresión.

Las causas de la obesidad pueden ser diversas. Entre los factores que pueden causarla, un 30 % puede ser atribuido a los factores genéticos, un 40 % a los factores no heredables y el 30 % restante a los factores sociales. Es decir que la relación de la obesidad entre factores genéticos y ambientales son del 30 % y 70 % respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En cuanto al componente genético, la obesidad común o multifactorial es el tipo de obesidad más frecuente. Se trata de casos donde la mayoría de los integrantes de una familia tienden a ser obesos y los cuales comparten, además de los genes, los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo. Es importante destacar que tener parientes obesos aumenta el riesgo de desarrollar obesidad, vivan éstos juntos o no (Quiroga, 2017).

Otro punto importante en cuanto a las causas genéticas son las alteraciones en los procesos cognitivos y su influencia en la obesidad. Esto permite relacionar la acumulación excesiva de grasa a un trastorno en áreas cerebrales afectadas como el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo, entre otras. Estas alteraciones permitirían explicar, en muchos casos, la adicción a la comida, la depresión, el estrés o la ansiedad (Morales & Garcés, 2012).

En cuanto a los factores psicológicos, Pipher (1999) explica que la causa más común de la obesidad es la utilización de la comida como modo de enfrentar sentimientos negativos. Mucha gente que padece estrés suele confiar en los efectos tranquilizantes de los alimentos y se resguardan en la comida para amortiguar sentimientos de pérdida o fracaso. Al igual que el alcohol, la comida es una huida temporal. Pero además de tapar sentimientos, la comida también puede ser un modo de expresarlos. Muchas veces se utiliza la alimentación excesiva o el comer compulsivo como una manera de decir: Me odio a mí mismo.

Las personas impulsivas suelen tener dificultades en cuanto a la moderación de la alimentación o la constancia y el compromiso con un tratamiento. Estas personas tienden a

sufrir episodios de ingesta compulsiva, perdiendo completamente el control de los alimentos que ingieren. El estrés es otro factor importante en obesidad, ya que una situación de estrés agudo también puede llevar a la sobre-ingesta. Además, una persona estresada también pierde el sueño, hace menos ejercicio y puede llegar a tomar más alcohol, lo cual contribuye a ganar peso. Como se expuso anteriormente, un tercer factor de importancia es la llamada *ingesta emocional*, que se caracteriza porque la persona come como una manera de tapar o atenuar emociones negativas como la ira, el miedo, el aburrimiento, la tristeza y la soledad. Tanto los eventos importantes de la vida como los problemas cotidianos pueden desencadenar emociones negativas que conducen a la ingesta emocional. La depresión es otro factor destacable y suele aparecer debido a que la obesidad genera rechazo y estigmatización por parte de la sociedad. Estas actitudes sociales negativas pueden generar baja autoestima, así como una depresión reactiva (Tamayo & Restrepo, 2014).

En cuanto al componente ambiental, la prevalencia de la obesidad a nivel mundial ha aumentado drásticamente en las últimas dos décadas. Esto está relacionado a los hábitos de vida poco saludables como la ingesta elevada de alimentos de gran valor calórico y bajos en nutrientes, con excesivas cantidades de grasas saturadas, colesterol y sal y el consumo insuficiente de fibra (Alfonso, Aranguren & Sanabria, 2009).

Además, como explican Peña y Bacallao (2001) en los últimos años, se ha desarrollado un incremento en el consumo de bebidas alcohólicas y un aumento en el tamaño de las porciones, especialmente originado por las grandes cadenas de comida rápida. También ha disminuido considerablemente la realización de actividad física, lo cual se debe mayormente al aumento de la utilización de transporte automotor y la utilización de ascensores. Además, debido a los adelantos tecnológicos, se ha incrementado la preferencia por los juegos electrónicos y la televisión en lugar del tiempo al aire libre y en movimiento. Todos estos factores colaboran con el desarrollo del sobrepeso.

3.2 La ingesta compulsiva

Como se expuso anteriormente, uno de los factores psicológicos que pueden resultar un desencadenante de la obesidad y que además está presente en todos los tipos de trastornos de la alimentación es la ingesta compulsiva. Si bien es un acto relativamente

común en personas obesas o con problemas de sobrepeso, no está necesariamente presente en todos ellos (Stickney, Miltenberger & Wolff, 1999).

Como explica Fairburn (1998), un episodio de ingesta compulsiva se caracteriza por comer en un período corto de tiempo una cantidad de comida claramente superior a la que comería una persona normal, en un período similar en circunstancias parecidas y por tener la sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio. Por ejemplo, la sensación de que no se puede parar de comer o de que no se puede controlar la cantidad de comida que se ingiere. La característica principal de la ingesta compulsiva es la sensación de pérdida de control, este rasgo es el que distingue la verdadera ingesta compulsiva de la sobre ingesta común o el simple descontrol. Otra característica es la fuerte presencia de sentimientos asociados, ya que los primeros momentos de un atracón son placenteros, pero suelen durar poco ya que inmediatamente después aparecen el disgusto, la culpa y hasta la vergüenza. La velocidad es otro factor destacable, ya que durante la ingesta compulsiva las personas suelen atiborrarse de grandes cantidades de comida, tragando de manera mecánica, casi sin masticar y sin poder detenerse.

3.3 Tratamiento de la obesidad

El tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario, involucrando a diversos profesionales de salud y contemplando aspectos como la dieta alimentaria, la actividad física y una modificación tanto conductual como cognitiva del paciente (Cuevas & Reyes, 2005). Se ha demostrado que el tratamiento psicológico resulta un componente esencial del abordaje, confirmando la influencia que los factores psicológicos como la regulación emocional y el autocontrol tienen al momento de la alimentación, y cómo estos tratamientos logran resultados a corto y a largo plazo, contribuyendo a disminuir los episodios de atracones o del comer emocional (*National Health and Medical Research Council*, 2013).

Si se trata de terapias enfocadas en la modificación de conductas, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la más utilizada. Se trata de una terapia dirigida a la resolución de problemas, orientada a metas, limitada en el tiempo y de base empírica. Si bien existen diversas corrientes dentro de esta teoría, existe una práctica en común para

todas: El ejercicio de la introspección de manera activa, orientando la atención al propio funcionamiento mental y sin desatender las emociones involucradas (Brarda, 2012). Si bien la dieta es un componente clave en el tratamiento de la obesidad, el principal objetivo es lograr un cambio radical del estilo de vida del paciente obeso y las terapias orientadas a la modificación de conductas buscan principalmente lograr un cambio en los hábitos de alimentación (Cuevas & Reyes, 2005).

Richard Stuart fue pionero en lo que respecta al tratamiento cognitivo conductual con pacientes obesos. Proponía un tratamiento cuyo objetivo principal era reducir el ingreso energético y aumentar la actividad física. Pero con el tiempo se empezó a buscar que las dietas fuesen menos restrictivas y se le prestó especial atención a mejorar las relaciones interpersonales, promoviendo conductas y actitudes funcionales relacionadas con el control de peso y la reestructuración cognitiva. Es así que en los últimos años este tipo de tratamientos se enfocaron en que el paciente se responsabilice, se comprometa con el tratamiento y logre llevar a cabo sus tareas en coordinación con el terapeuta (Facchini, 2003).

Para Cormillot (2008) no existe actualmente una cura definitiva para la obesidad, por eso destaca la importancia de un tratamiento que apunte no sólo a la reducción del peso y su mantenimiento, sino que debe estar orientado a la modificación de hábitos en la alimentación y el ejercicio físico. Dentro del programa de pérdida de peso es fundamental el tratamiento con médicos, nutricionistas y psicólogos. De acuerdo con esto, Ravenna (2018) explica que adelgazar es una gran oportunidad para educar la tolerancia y que el eje de adelgazar está puesto en cambiar los hábitos y no cambiar los hábitos para luego poder adelgazar. Las terapias de cambios de conducta son estrategias para modificar éstos hábitos de alimentación y de actividad física y pueden ser realizadas en forma individual o grupal. Las técnicas de conducta más utilizadas incluyen el monitoreo de la ingesta y la actividad física, el manejo del estrés o las condiciones psicológicas que gatillan la ingesta, la resolución de problemas relacionados con el peso y la implementación de alternativas más saludables. En el aspecto cognitivo resalta la importancia de la enseñanza de metas reales, el manejo de la autoestima y la prevención de recaídas, así como también tratar el mantenimiento una vez que se ha alcanzado el peso ideal para cada individuo.

3.4 La Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de la obesidad

Continuando con lo expuesto, dentro del marco de los tratamientos de descenso de peso se busca principalmente la modificación de conductas. De acuerdo con esto, la TCC parte de la premisa de que los afectos y la conducta del individuo están determinados, en gran medida, por el modo en que éste estructura el mundo, es decir, sus cogniciones, recuerdos, emociones, verbalizaciones y/o imágenes. Estas cogniciones se basan en creencias desarrolladas a partir de experiencias anteriores y pueden desembocar en emociones negativas como enojo, ansiedad, depresión o tristeza, que a su vez favorezcan episodios de ingesta excesiva o recaídas (Bornas, Rodrigo, Barceló & Toledo 2002).

En este sentido, lo primero que se intenta lograr en el tratamiento es una reestructuración cognitiva en el paciente, es decir, que logre identificar sentimientos y pensamientos negativos, así como expectativas excesivamente optimistas y poco realistas sobre el peso y la imagen corporal (Vázquez Velázquez & López Alvarenga, 2001). Pero para lograr un cambio en el pensamiento, es fundamental darle al individuo las herramientas necesarias para controlar aquellos elementos que funcionan como disparadores. Es muy común que los pacientes queden atrapados en esquemas de pensamiento muy específicos y recurrentes. Fairburn et al. (2008) explican estos esquemas a través de una comparación entre la mente y un reproductor de DVD. Proponen que la mente es el reproductor y que el individuo cuenta con diversos DVD's que puede reproducir: El del trabajo, la familia, los amigos, etc. En los pacientes que sufren trastornos alimenticios, el DVD que se reproduce con mayor frecuencia es el de la comida. Cuando este DVD o esquema de pensamiento se estanca, se desarrollan diversas conductas en consecuencia y esto es lo que se intenta que los pacientes aprendan, a identificar el estímulo que dispara esos pensamientos. Cuanto antes logren identificar las señales, más fácil resultará correr esos esquemas de lugar.

Siguiendo esta línea, Beck (1967) plantea que el objetivo principal en el tratamiento de la obesidad es conseguir el alivio sintomático y ayudar a los pacientes a ser conscientes y cuestionar estos esquemas y pensamientos automáticos. Por eso, para que el cambio sea duradero, es importante la reestructuración de las actitudes disfuncionales y del sistema de creencias. Estas creencias o esquemas son los que regulan el procesamiento de la

información, engloban los pensamientos automáticos y las distintas actividades mentales como la conciencia, la atención y la memoria (Brarda, 2012). El objetivo es poder regular las reacciones emocionales excesivas y las conductas mediante la modificación del pensamiento distorsionado y las creencias que pueden desencadenar estas reacciones (Capece, 2001).

Según Lambert (2001) las técnicas cognitivas facilitan el reconocimiento y modificación de los pensamientos automáticos. Estos pensamientos no suelen ser detectados por la conciencia e interfieren en la habilidad para controlar el propio comportamiento, es por esto que se plantea que pensamiento, emoción y conducta son elementos inseparables de un mismo sistema.

En cuanto al aspecto conductual, el principal objetivo en la terapia con pacientes obesos es la modificación de sus hábitos de alimentación y del nivel de actividad física (Bersh, 2006). Las TCC toman como eje de su intervención la conducta en sí misma, las condiciones que la generan y la mantienen, y aquellos factores que la refuerzan. Desde este enfoque se plantea que ciertos patrones de conducta desadaptativos tienen su origen en las creencias internas que pueden bloquear el cambio de conducta. Dentro del área de la salud se reconoce que una de las problemáticas más comunes en cuanto a cambios de conducta es el intento de modificación de los hábitos saludables. Es por esto que desde el enfoque conductual se intentan elaborar técnicas que permitan no sólo iniciar este cambio, sino también poder mantenerlo (Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez & Pérez Álvarez, 1998).

Los programas de tratamiento conductuales para pacientes obesos se basan en técnicas de autocontrol, las cuales permiten al sujeto identificar y controlar su propia conducta. Al hablar de obesidad, el objetivo de la terapia conductual es mejorar los hábitos de alimentación, es decir, qué comer, dónde comer, cuándo comer y cómo comer (Vázquez Velázquez & López Alvarenga, 2001).

Una de las herramientas más utilizadas es el *auto monitoreo*. Se trata de un registro diario por escrito de qué se ingirió y bajo qué circunstancias, el cual permite identificar influencias tanto del medio ambiente como personales que impactan en la actividad física y en la alimentación, para poder evaluar el progreso en la modificación de los hábitos. Otra de las estrategias es el *control del estímulo*, que se basa en poder evitar la exposición a

situaciones que llevan al sujeto a comer en exceso. Se les enseña a los pacientes a separar el momento de comer de otras actividades como por ejemplo, ver televisión, con el objetivo de que estén completamente conscientes del acto de comer sin distracciones. Esto también incluye el apoyo pactado con familiares y amigos para evitar situaciones de riesgo (Vázquez Velázquez & López Alvarenga, 2001).

Otro ejemplo para el control de la ingesta y evitar el comer desorganizadamente entre las comidas planificadas, son las actividades alternativas. Son aquellas actividades que no son compatibles con el comer, por ejemplo, hacer ejercicio, salir a pasear, darse una ducha o incluso hacer una llamada telefónica, mejor si es a alguien que esté ayudando en la terapia. En el manejo de del impulso de la ingesta compulsiva, dejar que pase el tiempo es clave, ya que la urgencia de comer desmedidamente disminuye en poco tiempo, incluso hasta media hora después. Por eso es importante realizar alguna actividad como modo de distracción, realizar alguna actividad que resulte agradable funciona como una traba para que resulte difícil el comer compulsivamente (Fairburn, 1998).

3.5 El rol de los grupos terapéuticos

Un componente importante del tratamiento de la obesidad es el rol de los grupos de terapia. Estos grupos se orientan a metas y objetivos, y usan técnicas distintas dependiendo de su orientación teórica. Dentro del marco de la TCC se pueden hallar los grupos de autoayuda, de control de las emociones, de contención y apoyo, de adicciones, de fobias y más. Estos grupos pueden estar centrados ya sea en un tema, una crisis, o una sintomatología específicos. Tienen un objetivo común, llevado adelante por la cohesión entre los integrantes del grupo, que unifica metas y reglas. La interacción es su herramienta principal y conduce al aprendizaje interpersonal a través de la retroalimentación que proporcionan los compañeros (Portillo, 2000). Los grupos terapéuticos bien establecidos se reúnen de una a cinco veces por semana, idealmente en un horario y lugar siempre fijos. Son de composición heterogénea, duración indeterminada y orientación dinámica. El líder, en este caso el o los profesionales que lo guían, intentan crear una cohesión y adoptan una actitud analítica, por momentos pasiva, para dar lugar a la interacción entre los miembros (Guimón, 2003).

Estos grupos se han desarrollado sobre la idea de que para ayudar a alguien con un problema determinado, no hay nadie mejor que otro que lo haya padecido o, mejor aún, lo haya superado. Así, el grupo adopta un rol crítico en el tratamiento, ya que proporciona apoyo, refuerzo y hasta sanciones entre sus miembros. Además, desarrolla la empatía y conduce a los participantes a crear nuevos vínculos y fortalecer sus lazos sociales (Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez & Pérez Álvarez, 1998).

Lo que sucede dentro del grupo es que el paciente se siente contenido y comparte experiencias con sus pares. Los pacientes intercambian sus logros y dificultades, trabajan la imagen corporal y se incentiva la actividad física. Es por esto que el grupo resulta fundamental para que los pacientes mantengan la constancia. El hecho de sentirse acompañados en el tratamiento es importante para obtener resultados concretos, a diferencia de lo que podría llegar a ser realizar la dieta por cuenta propia. En el grupo hay espejo, reflexión, comparación y dinamismo (Vilallonga, Repetti & Delfante, 2008).

Según Portillo (2001) la terapia grupal combina el denominado *skill group*, en el cual los participantes aprenden técnicas de manejo y participación en grupo, con el *training group*, el cual invita a los integrantes a socializar en función de lo que sucede entre ellos, a abrirse al otro, a aceptar y a ser más receptivos en las interacciones que se desarrollan entre los participantes. En estos grupos se estimula la solidaridad y la colaboración, dando lugar a la identificación con el compañero al que le pasa lo mismo. Una de las premisas de este tipo de grupos es no culpabilizar, pero sí invitar al otro a asumir la responsabilidad de sus propias acciones y como éstas pueden afectar a terceros.

3.6 La meditación como herramienta en la Terapia Cognitivo Conductual

Dentro de las terapias existentes, la TCC se ubica como la estrategia terapéutica más utilizada en el tratamiento con niños, adolescentes y adultos obesos, y es dentro de este marco que la meditación resulta una herramienta de gran utilidad para colaborar con la re-educación en la relación de los individuos con la comida, pudiendo establecer una mayor conciencia sobre el sentir hambre (Hervás, Cebolla, & Soler, 2016).

La meditación es un estado cognitivo de atención selectiva, una técnica de relajación generalizada, que enseña a discriminar los pensamientos, dando al individuo mayor libertad de elegir acerca de donde permanecer en sus pensamientos y poder retornar

al aquí y ahora. Es a través de la meditación que se puede observar el pensamiento, pero sin pensar, observar el sentimiento, pero sin involucrarse en él y observar todo tipo de contenido cognitivo, sensorial, emocional, fisiológico o conductual de manera pasiva (Bols, 1978). Si bien existen distintas maneras de practicar la meditación, es un proceso que lleva entrenamiento, en el cual tanto el lugar físico donde se practique como la postura que se emplee son de especial importancia. De acuerdo con Langer (2011) la clave está en la postura, poder relajar el cuerpo permitirá eliminar estímulos externos que distraen y llevan la mente hacia afuera. Cuando se logra que el cuerpo esté en calma e inmóvil durante un tiempo considerable, se logra que la persona se olvide de él. La comodidad es igual de importante, ya que si se detectan molestias, la atención pondrá el foco en ese dolor y no permitirá la relajación total.

En su origen, el estado meditativo era mayormente desconocido por la cultura occidental hasta la migración de maestros del budismo zen y tibetano ente 1940 y 1950. Es a través del uso de la relajación profunda como herramienta dentro de la terapia, que muchos psicólogos conductuales descubrieron la meditación. Este es el punto de contacto entre la TCC y la meditación: El equilibrio entre cuerpo y mente. Este estado de balance era lo que muchos médicos y psicólogos estaban buscando, algo que combatiera la tensión y el estrés, y pudiera generar estabilidad en los sistemas gastrointestinal, vascular, cardíaco, muscular, respiratorio y nervioso. Fue así que la meditación empezó a formar parte del tratamiento de una gran variedad de enfermedades, abriendo una nueva área dentro del campo conductual (Aguilar & Musso, 2008).

3.7 Surgimiento y definición de *Mindfulness*

Dentro de la práctica de la meditación se halla el concepto *Mindfulness*, el cual podría traducirse del inglés como “estar atento”. Se trata de la capacidad humana de poder estar en el presente, de poder estar en el aquí y ahora, pudiendo reconocer lo que está sucediendo mientras está sucediendo, aceptando el fluir de la experiencia tal cual se está dando. Permite a las personas relacionarse de forma directa con la realidad, trabajando de manera consciente y generando una mayor percepción de control. La palabra proviene del pali, el lenguaje en el que se transmitieron las enseñanzas budistas, siendo el *Mindfulness* uno de sus conceptos centrales (García Campayo, 2008).

Como explican Pérez y Botella (2006) la conciencia plena, *Mindfulness*, se opone a la falta de conciencia, *Mindlessness*, y el funcionamiento normal mental implica siempre un grado de atención y de conciencia, y la conciencia plena se refiere a una mejora de ambos aspectos. De acuerdo con Cebolla y Miró (2006) se trata de una capacidad humana universal y básica, que consiste en poder ser conscientes de todos los contenidos de la mente a medida que se suceden. Es la práctica de la autoconciencia, cuyo principal efecto es el desarrollo de la capacidad de concentración de la mente.

El primero en definir el término fue Jon Kabat-Zinn en 1990, planteándolo como la capacidad de prestar atención de manera intencional al momento presente y sin juzgar, y conceptualizando la práctica de dicha capacidad a través de la terapia cognitiva basada en *Mindfulness* (TCBM). Aunque la práctica del *Mindfulness* tiene una historia de más de 2.500 años, el profesor Jon Kabat-Zinn desarrolló una versión adaptada al contexto occidental, utilizándola en un primer momento como intervención para pacientes con dolor crónico. Pronto el Programa de Reducción de Estrés basado en *Mindfulness* (*Mindfulness Based Stress Reduction – MBSR*) se comenzó a aplicar para otras condiciones, enfocándose principalmente en las interacciones mente-cuerpo para la salud y en las aplicaciones clínicas del entrenamiento en meditación de atención plena (Kabat-Zinn, 2009).

Es una práctica que se desarrolla de manera gradual y sistemática, que requiere un entrenamiento regular, generalmente mediante la meditación y la re-dirección intencional de la atención. Mientras otras técnicas se encaminan a la reorientación cognitiva para conseguir eliminar los pensamientos automáticos e intrusivos, la práctica del *Mindfulness* establece que aquellos elementos que surgen en la conciencia del individuo deben ser solo observados, no juzgados ni confrontados intencionalmente (Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995; Vandenbergue & Sousa, 2006).

Wilner (2001) explica que, en oposición al automatismo o los pensamientos automáticos que están basados en los viejos hábitos, la atención plena significa una creación continua de nuevas categorías. Cuando se crean categorías nuevas de un modo consciente, se presta atención a la situación y al contexto, es decir que atención plena significa estar abierto a informaciones nuevas.

Muchas veces este automatismo es provocado por la orientación a resultados, es decir, si las personas creen que saben cómo deben manejar una situación, no sienten la

necesidad de prestar atención a lo que hacen. La educación que se concentra en los resultados y no en el proceso, fomenta la conducta automática. En cambio, aquellas personas orientadas hacia los procesos y no exclusivamente hacia los resultados, tienen menor probabilidad de ser sorprendidas con la guardia baja si las circunstancias cambian. Es decir que tienen más herramientas para enfrentar situaciones adversas (Langer, 2011).

Algunas cualidades de estar atento hacen referencia a estar despierto, pero sin estar absorto en el proceso de pensamiento, centrado en el presente, ausente de juicio, es decir libre de comparaciones, para evitar perder la concentración. Es intencional, porque estar atento exige una intención continuada del sujeto para dirigir la atención hacia algo, en este caso, hacia el presente. Está basada en la observación participante y es además exploratoria, porque está siempre investigando niveles más sutiles de percepción. Es no verbal, dado que se trata de una experiencia que no puede ser descrita con palabras, porque ocurre antes de que éstas surjan y es también liberadora, porque busca que cada momento de estar atento sea una experiencia de alegría, ausente de sufrimiento (García Campayo, 2008).

De acuerdo con Cárcamo y Moncada (2010) uno de los principales componentes del *Mindfulness* es la *atención al momento presente*. Implica poner la atención en los sucesos del presente en lugar de fijarse en el pasado o preocuparse por el futuro. Otro componente importante es la *apertura a la experiencia*, que se basa en la observación de la propia experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias, acercándose a los fenómenos como si fuese la primera vez y con mente de principiante. Un tercer elemento es la *aceptación*, la cual se considera como sinónimo de no-juzgar, sin evaluar pensamientos, sentimientos o percepciones, y pudiendo experimentar aquello que sucede tal cual sucede. *Dejar pasar* es otro de los principales componentes del *Mindfulness* y significa no dejarse atrapar en la atención por ningún pensamiento, sentimiento o percepción. No apegarse o identificarse con ellos. Por último, la *intención*, es planteada como un concepto que reconoce que en la práctica el resultado final del aprendizaje varía según cada individuo, sin embargo, es necesaria la motivación, la disciplina y la constancia.

Integrada a la medicina y psicología de occidente, la práctica del *Mindfulness* es reconocida mundialmente como una manera efectiva de reducir el estrés, aumentar la autoconsciencia y mejorar el bienestar general, a nivel físico y mental (Sociedad de Mindfulness y Salud, 2018).

Ésta práctica busca incrementar la evaluación positiva, lo que a la vez mejora los niveles de estrés. Dentro del aspecto cognitivo, existen pensamientos repetitivos negativos, como la rumiación o la preocupación, los cuales a la vez se vinculan a problemas importantes de regulación emocional. Ambos procesos son muy similares, la única diferencia es la orientación temporal, ya que la preocupación está orientada al futuro y es el tipo de pensamiento que genera ansiedad y la rumiación está orientada al pasado y es el pensamiento que suele desencadenar el sentimiento de culpa (Hervás, Cebolla, & Soler, 2016).

3.8 Mindfulness como herramienta en la terapia

Como se planteó anteriormente, lo que hoy se conoce como conciencia plena es originariamente una técnica que se practica hace más de 2500 años, dentro del contexto del budismo y hoy gran parte de esta tradición ha influido en los autores occidentales que adoptan sus prácticas. Si bien el primer trabajo sobre *Mindfulness* apareció en 1975, es recién a partir del año 2002 que los investigadores y clínicos comenzaron a interesarse por este concepto. Si bien hoy en día, en el ámbito de la psicología científica, hay algunos autores que se oponen incorporar la atención plena a los tratamientos terapéuticos, argumentando que la meditación es una técnica carente de fundamento científico, la realidad es que el *Mindfulness* se está abriendo camino dentro de la psicoterapia. Los autores están intentando obtener una definición operativa de la conciencia plena, clasificar sus componentes y sus mecanismos de acción, poder desarrollar instrumentos para evaluarla y de este modo verificar su eficacia (Pérez & Botella, 2006).

En la actualidad, diversas investigaciones han comprobado los efectos clínicos de la meditación, por ejemplo la disminución efectiva del estrés y la ansiedad, la reducción en cuanto a frecuencia e intensidad de los pensamientos negativos, el autocontrol y el desarrollo de la autoestima (Aguilar & Musso, 2008).

En un estudio desarrollado por Ramel, Goldi, Carmona y McQuaid (2004) se describieron los efectos de un curso de 8 semanas basado en el programa de *Reduccion de estrés basada en conciencia plena* (MBSR) sobre ansiedad y depresión, actitudes disfuncionales y rumiación de 27 personas. Al finalizar el tratamiento, se observó que los pacientes redujeron los síntomas depresivos, los niveles de ansiedad y las creencias

disfuncionales. Además, disminuyó considerablemente su tendencia a rumiar y pudieron mantener estos logros durante las diez semanas de seguimiento.

En 2014 Levin, Dalrymple, Himes y Zimmerman realizaron un estudio sobre cinco facetas del *Mindfulness* y su impacto en conductas alimentarias problemáticas relacionadas con la obesidad con una muestra de 820 pacientes a los cuales se les aplicó el cuestionario FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire). Las variables consideradas fueron: Ser consciente, observar, actuar con consciencia, describir el momento presente y sus cualidades, actitud de no juzgar y actitud de tomar la distancia mínima necesaria. Los resultados de la investigación demostraron que las facetas de actuar con consciencia y sin juzgar se relacionan con una disminución en alteraciones de conducta al momento de comer, es decir, menos episodios de atracones o de comer emocional. Los pacientes afirmaron que el *Mindfulness* les ayudaba a poder parar y tomar consciencia, a estar más atentos y sentirse más tranquilos respecto al antes, durante y después de la comida (Cruz García, Mollà Cusí & Golarons, 2015).

En la actualidad, existen diversos enfoques terapéuticos que hoy incorporan la conciencia plena. La *Reduccion de estrés basada en conciencia plena* (MBSR) fue desarrollada por Kabat-Zinn (1990) y se trata de un programa de 8 semanas de duración basado en 5 componentes fundamentales: La meditación estática, atención en la vida cotidiana, meditación caminando, la revisión atenta del cuerpo y un conjunto de estiramientos suaves provenientes del yoga. Tiene como premisa no juzgar, tener paciencia, adoptar una mente de principiante, tener confianza en la propia sabiduría, aceptar y dejar pasar, es decir, no apegarse. Para el tratamiento de los trastornos alimentarios, el MBSR suele ser el enfoque más utilizado ya que se ha comprobado su eficacia para reducir la frecuencia de la ingesta compulsiva, además de que ha demostrado reducir ansiedad, depresión y sentimientos negativos (Telch, 2001).

Siguiendo con esta línea original, Segal, Williams y Teasdale (2013) crearon la *Terapia cognitiva basada en la conciencia plena* (MBCT), basado en la técnicas fundamentales del MBSR, pero incluyendo además algunas técnicas cognitivo-conductuales, enfatizando en la importancia de la relación entre los pacientes y sus pensamientos.

Otro de los enfoques que incorporan la conciencia plena es la *Terapia de aceptación y compromiso*. Desarrollada por Steven Hayes y colaboradores en 1999, se orienta a desarrollar la flexibilidad psicológica de los individuos, lo cual favorece además otros procesos de conducta. Plantean que esta flexibilidad se logra a través de un proceso de fusión, aceptación, atención al momento presente y compromiso de acción (Hayes, Strosahl & Wilson, 2015).

En 2005 Safran y Muran crean la *Terapia breve relacional* (BRT), que a diferencia de los anteriores, no es un enfoque multi componente, sino una forma particular de abordar una a una las sesiones en psicoterapia y se basa en el constructivismo dialéctico, según el cual la realidad es tanto construida como descubierta. No tiene formato fijo ni duración predeterminada, se basa fundamentalmente en atender de forma intensiva el aquí y ahora entre el paciente y el terapeuta al momento del encuentro (Pérez & Botella, 2006).

Si se trata de cambiar la conducta, de acuerdo con Menezes y Dell'Aglio (2009), para lograr facilitar las situaciones de exposición frente al estímulo, es clave entrenar la atención. *Mindfulness* implica la focalización de la atención en un solo objeto, interno o externo, tomando conciencia de cualquier otra estimulación del ambiente y centrándose en una actividad mental o sensorial específica, ya sea la repetición de un sonido, la visualización de una imagen, o la sensación de la respiración. Logrando así que los pensamientos no distorsionen las emociones, evitando el aumento de la ansiedad y otros síntomas perjudiciales.

3.9 Las técnicas en Mindfulness

Existen distintas técnicas de *Mindfulness* que permiten ejercitarla, las cuales se dividen mayormente en dos tipos de estrategias: Las técnicas Qué y las técnicas Cómo. El principal objetivo de las técnicas Qué es desarrollar una actitud participante con atención plena. Son tres tácticas que se aplican al modo de atravesar la experiencia, y se basan en observar, describir y participar. Observar hace referencia a prestar atención a las experiencias en un momento particular y sin dejarse atrapar por los conceptos o categorías. Es una forma de volver la atención a un nivel básico utilizando todos los sentidos, por ejemplo, observar la respiración o reparar en el sabor de un alimento. Describir implica

poder poner palabras a lo que se observa, ponerle nombre a las experiencias. Por ejemplo, nombrar una sensación en el estómago, como dolor o nervios. La última de las técnicas es participar. Se trata de un complemento a las anteriores, y se basa en la capacidad de entrar en las experiencias y vivirlas, sin quedarse al margen. Se trata de tomar conciencia de que uno mismo es el agente de sus propios pensamientos, sentimientos y acciones. Implica no ser ajeno a las propias experiencias, no escaparse de ellas, sino tomar acción y participar de las mismas (García Palacios, 2006).

Según Pérez y Botella (2006), existen diversos mecanismos de acción utilizados en el ejercicio de la conciencia plena. Uno de ellos es la *exposición*. Plantea el enfrentamiento deliberado hacia los contenidos de la propia conciencia que permite a las personas experimentar las emociones de forma más objetiva y menos reactiva. Ser consciente de los estados emocionales negativos le enseña a las personas a no temerles o evitarlos, además, el malestar emocional se experimenta como menos displacentero y amenazador en un contexto de aceptación porque cambia su significado subjetivo. Otro de los mecanismos utilizados son los *cambios cognitivos*: La atención tiene una capacidad limitada, es así que el hecho de no entretenerse elaborando pensamientos y sentimientos secundarios, permite al sujeto hacerse de más recursos para procesar información que habitualmente no se atiende. La conciencia plena implica desarrollar la atención para dejar de observar la experiencia a través del filtro de las propias creencias. El *autocontrol* tiene relación en cuanto a que la conciencia plena facilita el autocuidado, ya que mejora la atención a todos los acontecimientos cognitivos y emocionales. Por ejemplo, la habilidad de auto observación que se desarrolla mediante el entrenamiento de la conciencia plena puede mejorar el reconocimiento de las señales de saciedad en situaciones de ingesta compulsiva, así como la capacidad de percibir el deseo de comer sin ceder a él. La *aceptación* se presenta como una de las actitudes fundamentales que adopta una persona al actuar con conciencia plena, y constituye también un mecanismo que favorece cambios a otros niveles. Mediante la aceptación, las personas aprenden que tienen a disposición diversas alternativas de respuesta cuando aparecen contenidos psicológicos que habitualmente son evitados. De esta forma, dejan de estar controlados por emociones o pensamientos automáticos. *La integración de aspectos disociados del self* hace referencia a que las personas suelen disociar aspectos de su experiencia que pueden amenazar su sentido de afiliación. Como

consecuencia de esta disociación, dejan de ser conscientes de una parte de sus emociones y esto influye en sus conductas. Esta integración solo puede conseguirse mediante el aprendizaje experiencial, la disciplina de mantener la atención en el momento presente y el ejercicio de la aceptación. Por último, el mecanismo tal vez más utilizado es el de la *relajación*. Existen opiniones enfrentadas sobre si la meditación produce o no relajación, lo cierto es que el resultado de esta práctica a largo plazo suele ser un estado de mayor relajación tanto física como mental.

3.10 Comer consciente (*Mindfull eating*)

El comer consciente se trata de escuchar al hambre y a las señales de saciedad. No tanto sobre qué comer o no comer, sino de qué manera comerlo. Involucra reducir el ritmo, masticando de forma lenta, tomando pequeños descansos entre bocados para respirar y poder prestar atención a la saciedad. Implica comer alejado de focos distractores como pueden ser la televisión o la computadora, elegir comidas que sean tanto placenteras como nutritivas, utilizando todos los sentidos mientras se está comiendo (Mathieu, 2009).

El *mindful eating* consiste en aplicar la técnica de Mindfulness en todo lo que tiene que ver con el proceso de la alimentación, como puede ser la elección de alimentos de modo consciente, desarrollar la diferenciación entre hambre física y psicológica, identificar las señales de saciedad, y comer saludablemente en función de éstas. Así, el entrenamiento en *mindful eating* es eficaz en la disminución de episodios de ingesta compulsiva, mejorando el autocontrol y disminuyendo síntomas depresivos, estrés e impulsividad (Fuentes, 2015).

Según Dalen (2016) existen tres componentes terapéuticos centrales que conforman las intervenciones de *mindful eating*. El primero es la *aceptación*. La ingesta compulsiva es un método de escape o distracción para evitar sentimientos o pensamientos negativos. Uno de los principios básicos de *Mindfulness* es la noción de que cuanto más se intenta evitar estos pensamientos y sentimientos negativos, más probabilidades hay de experimentarlos. Promover la experiencia de aceptación puede ser útil para reducir la evitación como método de afrontamiento. Además, el *Mindfulness* brinda el espacio para reconocer cuando un disparador emocional se ha presentado y permitir considerar y posteriormente poner en

práctica distintas estrategias de manejo del estrés. El segundo componente es la *autorregulación*, el cual se basa en la promoción de un estilo de comer que se basa en el hambre fisiológica y en prestar atención a las señales de saciedad que guían el modo de comer, en lugar de los factores externos emocionales. Por último, *la auto aceptación, el autocuidado y la compasión* se presentan como un componente que plantea que lo fundamental es desarrollar una mejor relación con uno mismo a través de la promoción de menos autocrítica y más autocompasión, a través de una consciencia libre de juicios en cuanto a sentimientos, pensamientos y experiencias. De esta manera, la auto aceptación permite que los errores sean una parte natural del proceso de aprendizaje en lugar de ser fracasos o motivos para rendirse. La capacidad de enfocarse en estos comportamientos internos relacionados con los problemas del cuerpo fomenta la aceptación del momento presente. Las intervenciones en *Mindful Eating* buscan proporcionar un enfoque equilibrado e integrador en el tratamiento de la obesidad, disminuyendo los niveles de ansiedad, enseñando habilidades de afrontamiento positivos e incrementando la autocompasión.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio del presente trabajo fue descriptivo.

4.2 Participantes

Los participantes fueron aproximadamente 15 hombres y 15 mujeres de entre 18 y 70 años de edad que asistieron a grupos terapéuticos de una institución de tratamiento de la obesidad de la Ciudad de Buenos Aires. Un grupo de descenso de peso, uno de mantenimiento de peso y talleres participativos de *Mindful Eating* y nutrición. Además, seis profesionales de la institución siendo el director general un hombre de 70 años de edad licenciado en medicina, una mujer y dos hombres licenciados en psicología con orientación cognitivo-conductual de entre 40 y 70 años de edad y dos mujeres licenciadas en nutrición de entre 40 y 60 años de edad.

4.3 Instrumentos

Observación no participante de grupos de terapia de descenso de peso. Registro por escrito de lo observado. Entrevistas a dos de las psicólogas que forman parte del equipo de profesionales acerca de las intervenciones y las herramientas cognitivo-conductuales y de *Mindfulness* que se utilizan durante el tratamiento. Observación y participación de talleres sobre *Mindful Eating* brindados en la institución por una especialista en meditación.

4.4 Procedimiento

Se realizó la observación de tipo no participante de los grupos terapéuticos de descenso de peso que se llevan a cabo de Lunes a Viernes a las 19 hs., los grupos de las 8 AM y las 10.30 AM de los días Sábados y los grupos de mantenimiento de peso de los días Lunes y Viernes a las 18 hs. Además se realizó la observación tanto participante como no participante de talleres especiales vinculados a *Mindfulness* y la aplicación de estas técnicas en el tratamiento de la obesidad que se realizan de manera mensual con una duración aproximada de dos horas. Se realizó una entrevista individual de aproximadamente media hora de duración a una psicóloga de orientación cognitiva-conductual, quien a su vez actuaba como moderadora de los grupos de mantenimiento de peso a quien, por razones de confidencialidad, se llamará Diana y una entrevista acerca del desarrollo de los talleres de meditación a una psicóloga especializada en *Mindfulness* y responsable a cargo de los talleres de *Mindful Eating* a quien, por razones de confidencialidad, se llamará Ana.

5. Desarrollo

5.1 Describir la importancia de la utilización del *Mindfulness* en el tratamiento del tipo cognitivo – conductual para la obesidad en base a la opinión de los profesionales.

Para el desarrollo de este objetivo, se realizó una entrevista con una de las psicólogas que coordina los grupos de terapia, tanto de descenso como de mantenimiento. Además, a través de la observación de los grupos y las reflexiones que allí se realizaban entre compañeros, pudo comprenderse en qué nivel las herramientas de *Mindfulness* aplicadas al tratamiento de la obesidad resultan importantes en la cotidianidad de los pacientes.

Una de las principales inquietudes de la autora del presente trabajo tuvo que ver con aquello que motivó la incorporación de estas prácticas meditativas a los tratamientos llevados a cabo por la institución. Según explicó Diana y sustentando lo expuesto con anterioridad por García Campayo (2008) en cuanto a *Mindfulness*, este nexo se creó a partir del descubrimiento de que una manera efectiva de disminuir los niveles de ansiedad inevitablemente presentes en este tipo de tratamientos, es a través de la capacidad de conectar con el interior mediante una mirada consciente sobre el aquí y el ahora. En relación a esto, Aguilar y Musso (2008) planteaban que uno de los puntos más importantes en donde el *Mindfulness* colabora con el tratamiento de la obesidad es que favorece la modificación del pensamiento y la conducta. Como pudo explicar Diana, el eje de poder controlar la conducta, la ingesta compulsiva o el accionar de manera automática, está en poder controlar la mente. De acuerdo con Vázquez Velázquez y López Alvarenga (2001), con esto se hace referencia a que la raíz de todos estos actos presentes en los pacientes obesos como son el comer de manera impulsiva, el comer emocional o la falta de motivación pueden ser modificados en tanto pueda cambiarse el modo de pensar.

Siguiendo esta línea, Diana remarcó que uno de los factores más importantes en la búsqueda de un cambio de pensamiento es que dicho pensamiento se encuentre asociado a una conducta positiva. Es decir, que el paciente piense de manera esperanzadora, teniendo fe en que podrá lograr sus objetivos y en que le va a ir bien en el tratamiento, y que esta manera de pensar conlleve la misma manera de actuar. Esto pudo comprobarse a través de la observación de uno de los encuentros del grupo en el tratamiento de descenso de peso. Sosteniendo la idea de la reestructuración cognitiva propuesta por Vázquez Velázquez & López Alvarenga (2001), uno de los coordinadores presentes remarcaba a los pacientes la importancia de creerse uno mismo capaz de lograr las metas establecidas, ya que no es lo mismo decir que se puede tener éxito en el tratamiento que verse a uno mismo teniendo éxito. Por eso resulta clave pensar que se puede, para poder actuar en consecuencia.

Gran parte del tratamiento de la obesidad se basa en la manera que tiene el paciente de relacionarse con la comida. Más allá de un plan de alimentación adecuado y un régimen de actividad física adecuado a cada persona en particular, si la relación entre el paciente y la comida no cambia, el tratamiento resultará insostenible en un corto tiempo. De acuerdo

con Diana y siguiendo a Ravenna (2008), para lograr un cambio en el modo de relacionarse con aquello que les resulta un disparador de sus conductas disruptivas como puede ser la ingesta compulsiva, es importante poder establecer una distancia, un corte y un momento de reflexión para lograr comprender qué es aquello que está motivando ese accionar. Encontrar el origen de un pensamiento y comprender por qué ese pensamiento está dirigiendo determinada acción es el comienzo de la interrupción de esa conducta.

En este proceso mental el *Mindfulness* juega un rol fundamental, ya que a través de diversas técnicas se le puede brindar al paciente la capacidad de encontrar este distanciamiento y lograr el espacio de reflexión. Pérez y Botella (2008) describieron algunas herramientas de gran utilidad para lograr este distanciamiento. Como bien se describió anteriormente, la exposición implica el encuentro frente a frente con aquel estímulo que genera temor o evitación, permitiendo este espacio de reflexión y de posibilidad de resignificar. El autocontrol resulta fundamental en el entrenamiento de la atención plena ya que se relaciona directamente con el reconocimiento de señales de saciedad o de hambre emocional. La aceptación tiene un rol fundamental en cuanto a la actitud del paciente para poder eliminar las conductas evitativas. Es a través de estas herramientas que el paciente puede empezar a reconocer ideas disruptivas y descartarlas rápidamente. Ejercitar la atención plena es ejercitar el autoconocimiento y empezar a actuar con mayor consciencia en todos los aspectos. En este sentido, Diana explicó que relacionarse con la comida a través de la atención plena es poder re direccionar el pensamiento, poner el foco en lo que está sucediendo en el momento presente, en este caso, cuando se está comiendo. De este modo el paciente puede, principalmente, darle un espacio al acto de comer, y no sólo físico, sino darle el lugar de importancia que merece y no hacerlo como segundo plano mientras la atención está focalizada en otros estímulos. De acuerdo con lo expuesto por Fuentes (2015), Diana remarcó que comer consciente es lograr otra forma de relacionarse con la comida y poder hacer elecciones saludables, identificando cuando el hambre es guiada por el cuerpo y cuando es guiada por las emociones, pudiendo registrar la verdadera sensación de hambre y saciedad.

Otro punto destacado por Diana fue que para lograr estos registros de pensamiento y de las sensaciones corporales y emocionales lo más importante es instalar la pausa. Los

ejercicios de relajación que se practican en *Mindfulness* permiten este corte de tiempo para volver la mente al aquí y ahora. Las prácticas, tanto formales como informales de meditación enseñan a tener consciencia sobre las sensaciones corporales, las emociones y los pensamientos. Concordando con Bols (1978), respirar profundamente, alejarse de los estímulos distractores de manera espacial, ponerse en contacto con el pensamiento y poder escuchar al cuerpo son algunas de las herramientas de meditación utilizadas para lograr la atención plena.

Uno de los puntos remarcados por Diana en cuanto al factor emocional fue que resulta clave que el paciente aprenda a transitar sus emociones sin taparlas con comida. Cuando hay emociones negativas presentes, el foco está puesto en atravesar estos sentimientos sin apegarse a ellos, es decir, dejarlos pasar. Lo que ocurre en oposición es cuando el paciente ingresa en el círculo vicioso del sentimiento negativo como puede ser el enojo o la tristeza y busca su alivio inmediato, y la manera de aliviar o tapar que tiene el paciente obeso es a través de la comida. Esto se corresponde con lo expuesto anteriormente por Cárcamo y Moncada (2010) como el concepto de *dejar pasar*. Por esto es importante, según señaló Diana, empezar a generar sentimientos positivos asociados al comer, pero de manera saludable. Es decir, que el paciente aprenda a disfrutar los límites con la comida, ya que si no hay disfrute, no habrá posibilidad de mantenimiento en el tratamiento.

Otro de los ejes que pudieron destacarse de la entrevista en relación a la importancia del *Mindfulness* en el tratamiento con pacientes obesos es que esta práctica desarrolla la auto observación, y esto es un punto clave en el sentido que si el paciente no se observa, corre el riesgo de repetir y esto es lo más fácil para el cuerpo ya que es un modo de ahorrar energía. Continuando con los conceptos desarrollados por Cárcamo y Moncada (2010), en esto se basa la *apertura a la experiencia*, no actuar de la manera en que el paciente actúa históricamente, sino hacerlo de una manera novedosa, como ejemplificó Diana: “actuar atacando la herencia”. Poder observar la conducta para no repetirla tiene que ver con correrse de lo habitual y que el paciente se anime al cambio. Un ejemplo de esto se presentó durante una de las observaciones realizadas, cuando un paciente manifestó que lo que más le costaba de tener que cambiar su manera de hacer las cosas era que no creía que fuera a tener éxito. Frente a esto, Diana lo confrontó explicándole que su historia, es decir, su

manera habitual de hacer las cosas siempre lo llevaba al fracaso y que intentar algo nuevo no le garantizaba el éxito pero que a veces resultaba mejor perder en un lugar en el que nunca antes se perdió que perder en el mismo lugar donde siempre se pierde.

Para concluir, Diana remarcó que el objetivo de fomentar la meditación y desarrollar la capacidad de auto consciencia es que el paciente logre cultivar la paciencia. En un tratamiento de descenso de peso el tiempo es clave, ya que el proceso es largo y desgastante y resulta necesario ser compasivo con uno mismo. Siguiendo la línea de lo expuesto anteriormente por Dalen (2016), factores como *la auto aceptación, el autocuidado y la compasión* son componentes claves que están presentes tanto en el *Mindfulness* como en el tratamiento de la obesidad y por eso es que logran colaborar entre sí. Ser compasivo y menos crítico con uno mismo es la actitud central que deben adquirir los pacientes para llevar adelante un tratamiento exitoso, y en este sentido el *Mindfulness* entrena todas estas capacidades.

6.2 Describir la utilización de intervenciones vinculadas al Mindfulness dentro de los grupos de descenso de peso.

En base a lo observado en los grupos de terapia de la institución, las intervenciones realizadas eran siempre de manera oral y podían ser realizadas tanto por los coordinadores de los grupos como por los mismos compañeros. En la mayor parte de los casos en que las intervenciones se daban por parte de algún compañero, habitualmente se trataba de un paciente que ya llevaba más tiempo en el tratamiento que aquel al que iba dirigido dicha intervención. Por ejemplo, uno de los pacientes a quien se llamará Federico, llevaba más de 15 años asistiendo a la clínica y había bajado más de 110 kilos en ese periodo. Para el resto del grupo, los compañeros de mayor antigüedad eran aquellos a quienes más se escuchaba y de quienes más se respetaban consejos.

Una de las problemáticas más frecuentes que pudieron observarse en los grupos fueron las situaciones cotidianas en las cuales los pacientes debían enfrentarse a la comida que no formaba parte de su dieta. Habitualmente se percibía la preocupación de alguno de los participantes por una próxima reunión social o familiar, festejos, cumpleaños o hasta reuniones laborales. Manifestaban el miedo a no poder controlar el impulso de comer, o de

empezar a comer y no poder detenerse. Estas preocupaciones se convertían rápidamente en pensamientos repetitivos que mantenían durante las semanas previas al evento y les generaban mucha ansiedad (Hervás, Cebolla, & Soler, 2016). En este sentido, muchas de las estrategias que los profesionales enseñaban para poder enfrentar estas situaciones son aquellas basadas en *Mindful Eating*, por ejemplo la autorregulación (Dalen, 2016), que propone dirigir la atención a las señales de saciedad, para evitar el comer emocional o en modo automático, sin tener registro de lo que se está ingiriendo. Especialmente en las situaciones sociales que involucran comida que no forma parte de su dieta.

Pudo observarse que el hecho de estar atento, de conectarse con el presente, de estar en el aquí y ahora (García Campayo, 2008) era el modo de vincularse con el estímulo que los profesionales sugerían con mayor frecuencia. Para evitar caer en lo que Langer (2011) describe como respuestas automáticas, dentro del grupo se fomentaba permanentemente el ejercicio de la atención plena. La respuesta automatizada frente a la comida es uno de los principales problemas de los pacientes obesos: Comer sin ningún registro, sin prestar atención a qué o cuánto comieron, y en consecuencia, perder el registro del hambre. Además, al estar en contacto con el momento presente pueden diferenciar entre el hambre real y el hambre emocional y preguntarse por qué están comiendo: ¿Es por hambre? ¿Los pone ansiosos comer o la comida les genera ansiedad?.

En uno de los encuentros del grupo, una de las profesionales presentes explicó que la ansiedad tiene etapas, hay un inicio y es posible detectarla cuando llega. Es por esto que poder conectarse con el cuerpo es poder registrar y esto es lo que permite al paciente anticiparse a la respuesta en lugar de darse cuenta con las consecuencias, es decir, cuando ya es tarde. Focalizar la atención en el momento presente es lo que en el grupo llaman hacer una escaneo corporal de las emociones, poder escuchar al cuerpo en el momento de enfrentarse a la comida y reconocer posibles disparadores emocionales. Esto es una de las primeras maneras de detenerse, o en el mejor de los casos, de no empezar a comer. De acuerdo con lo que plantea Fuentes (2015) en relación a la aplicación de técnicas de *Mindfulness* en el proceso de la alimentación, una de las frases que repetían permanentemente en los grupos era que es más fácil no empezar, que empezar y tener que parar. Se trata de entrenar al paciente obeso para que pueda acercarse a la comida de una

manera consciente, eligiendo alimentos adecuados y no que el acto de comer desemboque en un episodio de ingesta compulsiva.

En una ocasión, una de las pacientes más jóvenes del grupo manifestó estar atravesando una muy mala semana ya que, según decía, no había podido parar de pensar en comida. Uno de los principios básicos de *Mindfulness* es que cuanto más se intentan evitar pensamientos y sentimientos negativos, más probabilidades hay de experimentarlos. En este sentido, los profesionales propusieron el ejercicio grupal de la aceptación descrito anteriormente por Dalen (2016). En oposición a la evitación, lo que planteaban era recibir esos pensamientos, considerarlos y tratar de entender por qué se habían presentado para poder actuar en consecuencia. Estos pensamientos le generaban mucho miedo a la joven, y una manera de quitarles peso era poder incorporarlos y entenderlos. El objetivo de este ejercicio fue que la paciente reconociera que estos pensamientos son normales, dejando fuera de lugar la crítica y logrando una mejor relación consigo misma, pudiendo ser compasiva para poder continuar el tratamiento sin perder la motivación.

Estos pensamientos intrusivos son los que posteriormente obstaculizan el tratamiento, ya que desarrollan emociones negativas como enojo, tristeza o culpa y esto suele desembocar en episodios de ingesta compulsiva o recaídas (Bornas, Rodrigo, Barceló & Toledo 2002). Uno de los psicólogos que moderaba la reunión marcaba la importancia de poder cambiar la forma en la que uno se habla a sí mismo, ya que eso es lo que el propio cerebro va a creer sobre uno mismo. Esas ideas, según explicaba, terminan siendo acciones: Cómo uno come es como uno se trata. Es por esto que en la terapia con pacientes obesos resulta tan importante la modificación de las propias creencias (Capece, 2001). Al finalizar, la joven decía que, para su sorpresa, a lo largo de todo el recorrido del tratamiento lo más fácil había sido la dieta, pero lo más difícil era cambiar la cabeza.

En otra oportunidad, otra de las pacientes del grupo relató una situación que había atravesado recientemente en una cena laboral. La cena había surgido de manera imprevista, lo cual le impidió organizarse en sus comidas y no tenía su vianda de dieta. Al principio se vió invadida por altos niveles de ansiedad, le preocupaba qué tipo de comida habría en la cena, pero mayormente le preocupaba perder el control frente a alimentos que, en el marco de su tratamiento, le eran restringidos. En la reunión había una gran variedad de comida

que la paciente hubiera querido probar, es importante aclarar que en los grupos no está permitido nombrar alimentos específicos, para evitar que se conviertan en disparadores de conducta. Finalmente, la paciente se alejó de la mesa y pudo tomarse un momento para relajarse y conectarse con sus pensamientos, allí pudo percibir la dualidad que se presentaba: El deseo de comer y también el deseo de adelgazar y de continuar con el tratamiento. Esto es un perfecto ejemplo de cómo un paciente pudo ejercer el *autocontrol*, pudiendo conectar lo cognitivo con lo emocional (Pérez & Botella, 2006) y actuar en consecuencia: Separar lo inmediato y automático, que era querer comer, con lo reflexivo, que era querer adelgazar.

Retomando el concepto previamente desarrollado, la ingesta compulsiva (Fairburn, 1998) es lo que los pacientes en la clínica llaman “estar morfado”. Una paciente a la que por razones de confidencialidad se llamará Mariana, relató una situación que le había generado mucha angustia durante toda la semana. Unos días atrás había sido el cumpleaños de su hijo, lo cual según relató no le generó ningún conflicto inicial y tuvo lo que describió como una conducta impecable, ya que pudo hacer total uso del *control del estímulo*. Antes de la cena familiar, Mariana se tomó su tiempo en solitario para comer su vianda en tranquilidad y tampoco tuvo complicaciones al momento de la reunión ya que todos en la familia sabían que ella se encontraba bajo un riguroso tratamiento de descenso de peso. De acuerdo con esto, Vázquez Velázquez y López Alvarenga (2001) plantean la importancia del apoyo por parte del grupo social y familiar en el tratamiento. Pero el problema de Mariana se presentó con el postre. Ella refirió que lo dulce era su punto más débil en el tratamiento y creyó que la mejor manera de no caer en pensamientos rumiantes, aquellos pensamientos negativos repetitivos (Hervás, Cebolla, & Soler, 2016), era permitirse una pequeña porción de torta. Lo realizó con éxito y pudo controlarse, pero el resto del postre quedó en su heladera y acabó por comérselo en medio de la noche, una clara manifestación de ingesta compulsiva (Fairburn, 1998). Aquí es donde la nutricionista presente hizo especial hincapié en el peligro que representa para el obeso el simple hecho de probar un alimento, porque suele llevar a no poder parar. Según lo que relataba con mucha angustia, es que durante todo el episodio no estaba pensando, estaba completamente desconectada de su conciencia. Este caso explica entonces por qué tomarse ese tiempo para pensar y

conectarse con el momento presente hubiese logrado que el impulso genere una respuesta en lugar de una reacción.

6.3 Describir la utilización del *Mindfulness* en talleres específicos como parte del tratamiento del tipo cognitivo – conductual para la obesidad

Una de las actividades más destacables durante la práctica realizada en esta institución fue la incorporación de los talleres de meditación y *Mindfulness* como parte fundamental del tratamiento. No sólo porque las herramientas de *Mindfulness* se trabajan de manera constante en la terapia, sino porque además se le da un lugar especial en formato de taller o jornada, donde los pacientes aprenden a ejercitar la concentración y la atención plena. Los talleres se llevaron a cabo en base a las tres técnicas desarrolladas por García Palacios (2006) para afrontar la experiencia: Observar, describir y participar. Partiendo de la visualización de una situación a través de la imaginación, la observación se basa en el entrenamiento de la atención plena, focalizándose en la actividad y conectándose con el momento presente sin dejarse invadir por estímulos externos. Durante la etapa de la descripción los pacientes compartieron con el resto del grupo su experiencia y sus sensaciones. Y por último, participar como modo de incorporación propia de la experiencia vivida, comprendiendo que cada uno es quien dirige sus pensamientos, sentimientos y acciones.

Pudiendo haber participado en varios de estos talleres, se pudo tomar conocimiento en profundidad de la práctica de meditación y de qué manera colabora con otros aspectos del tratamiento. Las jornadas fueron de una hora de duración aproximadamente, en un salón amplio con luces bajas y música de relajación. Los pacientes, en ropa cómoda y sin calzado, se acomodaron en colchonetas y espaciados entre sí. Ana, la profesional a cargo dio comienzo al taller con el suave toque de unos platillos tibetanos y con voz muy suave guió los primeros ejercicios de meditación los cuales incluían la relajación, respiración profunda, ponerse en contacto con el pensamiento y escuchar al cuerpo (Bols, 1978). Los pacientes se recostaron cerrando los ojos, separando los brazos del torso y apoyando toda la espalda en el suelo. Una vez en esta posición, Ana pidió a los participantes que comenzaran a tomar conciencia de cada una de las partes de su cuerpo. Comenzando por la puntas de los

dedos de los pies, pasando por los talones y la espalda en contacto con el suelo, los brazos, cada uno de los dedos de las manos, el cuello y la cabeza. Este recorrido corporal tenía como objetivo el poder prestar atención a cada una de las partes del cuerpo y lograr un estado total de relajación. A medida que se realizaba este camino, la respiración se iba intensificando, haciéndose cada vez más lenta y profunda. Todas estas acciones se relacionan con lo descrito previamente por Langer (2011) sobre la importancia de la postura al momento de meditar para lograr la relajación tanto del cuerpo como de la mente.

Luego del registro corporal, Ana pidió a los participantes que se imaginaran a sí mismos en un escenario de elección personal. El objetivo principal era lograr la imagen completa de uno mismo en ese lugar, en base a preguntas como ¿Cuál es el lugar? ¿Dónde se encuentra cada uno en ese escenario? ¿Es de día o de noche? ¿Cómo es la luz? ¿Hay más personas o están solos?. Este ejercicio focalizaba la concentración en el área visual.

Es importante aclarar que una de las instrucciones para llevar a cabo el ejercicio fue permitir aquellos pensamientos intrusivos que irrumpen en el momento de concentración, como puede ser un ruido o un pensamiento que aparece. Parte del entrenamiento se basaba en poder aceptar e incorporar ese pensamiento que surge de la conciencia, sin juzgarlo ni confrontarlo (Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995; Vandenbergue & Sousa, 2006). Como Ana remarcaba, es importante que los pacientes aprendieran a incorporar los pensamientos disruptivos cuando éstos aparecen en lugar de poner la atención en tratar de eliminarlos.

En una segunda etapa, se trabajó sobre las áreas auditiva y olfativa. El objetivo de este paso era incorporar a la imagen visual los sonidos presentes en la escena: Si había ruido o calma, si sonaba alguna música en particular, si había otras voces, si se escuchaba agua o viento, o cantos de aves. Además, en qué nivel se oían esos ruidos, si eran fuertes, si sonaban alejados, si resultaban molestos o simplemente acompañaban la situación. En esta parte del ejercicio, se intentaba que los pacientes pudieran ir incorporando distintas sensaciones corporales, prestando atención de manera selectiva a cada una de ellas. Ana destacó de este proceso el poder discriminar todos los registros corporales para luego, al momento de tener que ejercitar la atención plena, se lograran comprender todos los elementos y sensaciones presentes en una situación en lugar de ver todo de modo generalizado. De acuerdo con Bols (1978), lo que permite la meditación es observar

elementos cognitivos, emocionales y físicos de manera pasiva y poder discriminarlos, pero sin involucrarse en ellos.

En un tercer momento se hizo foco sobre las sensaciones. Las preguntas que guiaban a los pacientes hasta ese registro eran: ¿Hace frío o calor en esta escena? ¿Cómo están los pies en contacto con el suelo? ¿Hay algún dolor o malestar? ¿El cuerpo se encuentra relajado o tenso? ¿Qué sienten en el estómago?. Es importante remarcar que al momento del registro estomacal, la intención estaba en lograr que los pacientes pudieran reconocer todo aquello que se siente habitualmente en el estómago, desde hambre hasta nervios. El objetivo era describir cuál es la sensación de hambre y poder diferenciarla de una sensación de nervios, ansiedad o incluso miedo. Se puntualizó sobre las distintas áreas del estómago, para poder aprender a reconocer en qué parte y de qué manera se siente el hambre real (Hervás, Cebolla, & Soler, 2016).

A medida que se guiaban los distintos ejercicios, se realizaron cortes intermitentes donde Ana intentaba que los pacientes no perdieran el control de la respiración mientras realizaban la acción para lograr una profunda relajación. Esto permitía además ejercitar el retorno al aquí y ahora, es decir, recordar que estaban respirando y poder registrar cómo era esa respiración.

Una vez llevados a esta situación imaginaria, los participantes quedaron absortos en este estado meditativo de relajación total, habían logrado sumergirse en una lectura total de todas las sensaciones corporales. Al cabo de unos minutos y con el sonar nuevamente de los platillos tibetanos, Ana marcó el fin de la actividad. Recorriendo nuevamente todas las partes del cuerpo, los pacientes se incorporaron lentamente y comenzó la última etapa, compartir y poner en palabras la experiencia.

Lo primero que expresaron varios de los participantes fue haberse quedado dormidos durante la actividad. Si bien lo manifestaban con un poco de vergüenza, la profesional les explicó que esto es muy normal dado el nivel de relajación y concentración profunda que se logra. Uno por uno fueron compartiendo su experiencia, relatando ese lugar imaginario que habían representado, describiendo sonidos, aromas y sensaciones corporales. Se le pidió a los pacientes que expusieran de manera grupal que fue lo que

sentían que habían aprendido y como creían que podían adaptarlo a su cotidianidad. Una de las participantes, que ya había realizado tres talleres de *Mindfulness* en la institución, dijo que poco a poco estaba logrando poder relajar la mente. Explicaba esto ejemplificando lo que le sucedía cuando quería comer algo que no estaba dentro de su alimentación permitida. Con estos ejercicios podía cerrar los ojos, respirar profundamente y disminuir la ansiedad que estos pensamientos le estaban generando. Como exponen Menezes y Dell'Aglio (2009), esta técnica de respiración permite focalizar la atención en un objeto interno y centrarse en él sin dejarse invadir por pensamiento o estímulos externos.

Siguiendo con esta línea, otra de las pacientes destacó que estos ejercicios de respiración y concentración le eran muy útiles al momento de cenar. Según relataba, había logrado tener una alimentación más consciente, comiendo lentamente, masticando cada bocado y prestando atención a cada etapa. Así, reconocía a tiempo las señales de saciedad y podía parar de comer, porque entendía que el momento de cenar tenía un comienzo y un final, quedara comida en el plato o no. Esto es un ejemplo del concepto de *Mindful Eating* desarrollado por Fuentes (2015) y puesto en práctica a través de las técnicas de autocontrol y el reconocimiento de señales de saciedad, las cuales permiten al paciente hacer elecciones más saludables de los alimentos, disminuyen la ansiedad y la impulsividad.

El objetivo de esta jornada fue brindar a los pacientes herramientas de *Mindfulness* que ellos pudieran incorporar diariamente a su tratamiento de descenso de peso. Ya sea para aplicar al momento de exposición al estímulo, o para enfrentar pensamientos negativos, la meta era entrenar el ejercicio de la atención plena y del contacto permanente con la parte consciente del comer.

6. Conclusiones

El desarrollo del presente trabajo ha logrado cumplir con sus objetivos en cuanto a la descripción y profundización de la utilización del *Mindfulness* como herramienta de gran importancia en el tratamiento de la obesidad.

Resulta significativo destacar que a lo largo de la experiencia, la autora del presente trabajo ha podido encontrar elementos completamente novedosos. En principio el descubrimiento de las prácticas meditativas y su reciente incorporación a la psicoterapia, sustentado con gran cantidad de investigaciones que avalan su efectividad en diversos tratamientos y demuestran el mejoramiento de diversas patologías. En la actualidad son cada vez más los ámbitos de la psicología que eligen incursionar tanto en meditación como en *Mindfulness* y proveerse de sus herramientas para complementar sus tratamientos en pos de ayudar al paciente. Si se parte de la premisa que cuerpo y mente son inseparables, entonces resulta propicio adoptar todos aquellos elementos que ayuden a través de lo corporal a modificar el pensamiento, y a través del pensamiento a modificar lo corporal.

La inclusión del *Mindfulness* al tratamiento de la obesidad, resultó uno de los puntos más destacables de la experiencia. A raíz la observación del modo de utilización de estas herramientas como un componente más del tratamiento es que comenzó esta búsqueda de información acerca del rol que pudiese ocupar el *Mindfulness* en el tratamiento de la obesidad y sus beneficios. Esto desembocó en el descubrimiento de cuán necesarias resultan estas prácticas en todo lo que refiere a la modificación de conductas ya que con entrenamiento, el paciente logra desarrollar de manera más simple tareas que le resultan dificultosas. Una de las primeras propuestas que se le hacen al paciente obeso en el tratamiento es que pueda empezar a reconocer cuando come por hambre real y cuando come porque está angustiado o ansioso. De acuerdo con esto, resulta necesario entonces poder brindarle las herramientas necesarias como las propuestas por Mathieu (2009) que involucran la pausa durante la comida, masticar despacio, hacerlo lejos de cualquier tipo de estímulo distractor que desvíe la atención para lograr hacer de la acción de comer un acto más consciente. Si la atención está puesta en el aquí y ahora, resultará más sencillo reconocer señales de saciedad y evitar comer en automático. Resulta importante señalar que las prácticas meditativas del *Mindfulness* pueden colaborar en estos procesos, que además son muy simples de practicar y todos los pacientes pueden llevarlas adelante.

Teniendo en cuenta lo expuesto a lo largo de este trabajo, puede concluirse que hoy en día la utilización de *Mindfulness* puede resultar una herramienta fundamental dentro de los tratamientos de descenso de peso. No sólo ha sido demostrado su éxito en la terapia de

modificación de conductas en general, sino que además se ha podido experimentar de modo personal cómo pueden incorporarse las técnicas vinculadas a *Mindfulness* en la cotidianidad de pacientes obesos que atraviesan un tratamiento tanto de descenso como de mantenimiento del peso, como lo han podido describir Ramel, Goldi, Carmona y McQuaid (2004) y Levin, Dalrymple, Himes y Zimmerman (2014). Los primeros han demostrado que tras un programa basado en MBSR los pacientes lograron disminuir sus niveles de ansiedad y creencias disfuncionales, y además pudieron mantener sus logros por diez semanas. En el caso de los segundos, los autores llevaron adelante un estudio sobre el *Mindfulness* y su impacto en conductas alimentarias, más precisamente en obesidad. Mediante esta investigación pudieron comprobar que el actuar con consciencia y sin juzgar disminuía episodios de ingesta compulsiva o de comer emocional.

En cuanto a la experiencia adquirida en la institución, escuchando los relatos de los pacientes, conversando con los profesionales y sumado a aquello que se ha aprendido en la teoría, una de las conclusiones más importantes para destacar es que pudo vislumbrarse de qué manera el pensamiento guía la acción, y en términos de obesidad, el pensamiento es lo que lleva al paciente a comer. Entonces, resulta clave para un tratamiento eficaz poder controlar el pensamiento para lograr modificar las conductas, y en ese camino poder finalmente desarrollar nuevos hábitos saludables en el estilo de vida del paciente. Es por esto que modificar la conducta es, o debería ser, el eje de cualquier tratamiento de la obesidad. Aunque el paciente se someta a una dieta rigurosa, aunque cumpla con sus horarios de ejercicio establecidos, aunque asista a todos sus controles, nada de esto será sostenible en el tiempo si no logra cambiar sus hábitos. Por eso, como plantea Dalen (2016) es importante que la persona pueda cambiar su manera de relacionarse con la comida pero también que pueda cambiar su relación consigo mismo desarrollando la autocompasión, el autocuidado y aceptación. Estos elementos constituyen las bases de un tratamiento exitoso para comenzar a combatir la obesidad.

Si bien una dieta alimenticia acorde a cada persona junto al ejercicio físico son pilares fundamentales, la cognición y la conducta son dos aspectos inseparables que no pueden pasarse por alto. De acuerdo con Cormillot (2008) y Ravenna (2018), el tratamiento de descenso de peso implica una modificación radical del estilo de vida del paciente y para

lograr cambiar los hábitos es necesario modificar el pensamiento y, en consecuencia, la conducta. La motivación para realizar ejercicio físico en una persona que jamás lo ha realizado debe fomentarse, al igual que debe fomentarse la estimulación a llevar una vida más saludable. Esto se logra a través de muchos canales: La participación en la terapia grupal, el poder hacer espejo con el otro, compartiendo con pares las experiencias y las preocupaciones para no sentirse solo, el trabajo constante con profesionales de la salud, el desarrollo de recursos personales para poder enfrentar situaciones cotidianas y una red de apoyo por parte del entorno de cada paciente. Como ya se expuso anteriormente, el trabajo con pacientes obesos se logra a través de un enfoque multidisciplinario (Cuevas & Reyes, 2005) ya sea por el trabajo con distintos profesionales de la salud, como por el trabajo en distintas áreas de la vida de cada paciente.

A lo largo de las observaciones no participantes realizadas durante la práctica, resultó de gran utilidad el poder presenciar las reuniones de terapia grupales, teniendo la oportunidad de escuchar en primera persona los relatos de los pacientes, exponiendo sus preocupaciones cotidianas frente a situaciones reales a las que se enfrentan diariamente. Puede leerse extensivo material sobre la obesidad y las consecuencias de esta problemática, las secuelas en la infancia, el sufrimiento de aquellas personas que la padecen, el retraimiento y el estigma social, pero por más que uno crea que conoce en profundidad la temática, nada se compara con todo aquello que atraviesa quien la padece. En este sentido, esta práctica ha permitido a la autora de este trabajo profundizar en esta problemática y poder estar del lado del paciente a través de su visión. Comprender de qué manera algo que, para quienes no padecen esta enfermedad, resulta cotidiano como es el comer, puede resultar el elemento principal en base al cual gira la vida del obeso. El hecho de haber podido vivenciar las técnicas utilizadas en relación al *Mindfulness* en el tratamiento ha resultado de gran ayuda en cuanto a la comprensión de los conceptos teóricos, por ejemplo aquellos desarrollados por García Campayo (2008) como la relajación, la ejercitación de la atención plena, trabajar en la re dirección del pensamiento, tratar de llevarlo a donde uno quiere, estar en contacto con la parte consciente y hacer registro del cuerpo y las sensaciones.

Por otro lado, resulta importante destacar lo aprendido durante la participación activa de los talleres de meditación y *Mindfulness* brindados por la institución. Para poder ahondar en una práctica tan amplia y compleja, no sólo se trata de informarse sobre la misma sino que es clave poder experimentar los ejercicios que se proponen de manera personal. Unir la teoría con la práctica ayuda a comprender de qué manera la utilización del *Mindfulness* logra el entrenamiento de la atención plena, el contacto con el momento presente, la auto consciencia y la capacidad de poder dirigir el pensamiento a donde uno desea, sin verse invadido por estímulos externos (Cebolla & Miró, 2006).

Limitaciones

Si bien lo compartido en los grupos terapéuticos por parte de los pacientes resultó muy interesante y colaboró en el desarrollo de este trabajo, si se pudiese realizar una crítica, hubiese resultado también de gran utilidad poder acercarse a algunos casos de manera más particular. De la misma manera que gran parte de los pacientes asisten a los grupos de manera intermitente, aunque la pauta del tratamiento es asistir de manera diaria, los pacientes con mayor antigüedad en el tratamiento que concurren todos los días, incluso más de una vez en el día, resultan los casos más interesantes para seguir de cerca ya que muchas veces en un grupo de 30 personas muchas de las experiencias personales de cada paciente se perdían entre otros relatos. El tiempo resultaba en muchos casos el factor que impedía detenerse en un paciente en particular, aunque era notable que los profesionales se ocupaban de poder tratar un poco con cada uno y que cada participante tuviese la oportunidad de compartir. Además, muchas veces los pacientes relataban alguna problemática que ya estaban tratando de manera particular con alguno de los psicólogos de la institución o alguno de sus médicos y esto impedía a la autora del presente trabajo poder comprender mejor cada caso particular.

De acuerdo con esto, hubiese sido de gran utilidad tener acceso a historias clínicas o a entrevistas de admisión. Esto podría haber ayudado a conocer los motivos más frecuentes por los cuales los pacientes se acercan a la clínica, ya que según lo observado, muchas de las personas que ingresan ya habían realizado el tratamiento en algún otro momento, incluso muchos años atrás, y frente a la imposibilidad de continuar solos o de haber recuperado e incluso duplicado el peso original, volvían al tratamiento. Otra herramienta

que hubiese colaborado en una comprensión más profunda de los casos sería el acceso a las historias clínicas. Se han observado numerosos encuentros de terapia grupal donde era muy visible que habitualmente eran los mismos pacientes lo que solían compartir sus inquietudes o sus experiencias. Existen los que siempre eligen hablar y aquellos a los que el terapeuta debe preguntarle cómo está o cómo estuvo su semana para que hablen en el grupo. De acuerdo a lo que se ha expuesto con anterioridad por Vilallonga, Repetti y Delfante (2008) sobre los grupos de terapia, éstos facilitan el tratamiento por motivos como el incentivo, el acompañamiento y la comparación con los pares, pero hay cosas que siempre son omitidas frente al resto. La vergüenza es uno de los sentimientos más presentes en las personas con obesidad y si bien la contención grupal aliviana en gran parte estos sentimientos, no los elimina por completo y no funciona de la misma manera para todos. Teniendo esto en cuenta, resultan comprensibles las omisiones en los relatos. Hay cosas que el paciente dirá de manera privada al terapeuta, al médico o la nutricionista, que no necesariamente compartirá en el grupo. Si la institución brindara cierto acceso a historias clínicas o a la posibilidad de presenciar algún encuentro entre el profesional y el paciente, en el presente trabajo se hubiese podido incluir uno o más casos de manera particular y realizar un seguimiento sobre el tratamiento del paciente y su estadía en la clínica.

Siguiendo esta línea, otro elemento importante sería el acceso a la entrevista de egreso. Como se mencionó con anterioridad, muchos pacientes abandonan el tratamiento mucho antes de poder finalizarlo. Los motivos son muchos y muy variados: Imposibilidad de pagar los costos de la institución, la idea errónea de que han aprendido lo necesario y pueden continuar el tratamiento por sí solos o en muchos casos simplemente no logran conectarse con la propuesta. Pero estos son sólo algunos de los motivos que se han podido conocer a lo largo de la experiencia en la institución y sería gran utilidad conocer en profundidad los motivos por los cuales muchos pacientes no logran completar el tratamiento. Si muchas personas abandonan antes de terminar y es sabido que en la mayoría de los casos volverán en el futuro, podría plantearse el cuestionamiento de qué es lo que provoca que algunos pacientes abandonen antes de tiempo para poder prevenir estos egresos tempranos. Y en el caso de aquellos que retoman, también se podría preguntar qué será distinto esta vez para que el paciente logre completar su tratamiento y no abandonarlo. ¿Se trabajará de forma distinta con una paciente que reingresa? ¿Existe una propuesta por

parte de la institución para intentar prevenir el abandono del tratamiento? ¿Es posible detectar cuando un paciente va a interrumpir su tratamiento? Estos interrogantes que surgieron a lo largo del desarrollo del presente trabajo son algunos de los puntos que podrían entenderse como débiles en cuanto a la propuesta de esta institución, que pareciera no tener un plan establecido de trabajo con los pacientes que abandonan el tratamiento, sino que se enfoca más en aquellas personas que pueden completarlo.

Frente a la frecuencia de estos casos, no existe por parte de la institución un trabajo dedicado al egreso temprano del paciente. En este sentido, pareciera que la clínica considera los egresos y reingresos de pacientes una parte habitual del tratamiento, dejando la sensación de que cuando un paciente se va los motivos son sólo atribuibles a la persona y no al programa y que la clínica tendrá sus puertas abiertas a todos aquellos que decidan volver cuando se sientan preparados para retomar el compromiso del descenso de peso. Esto deja la conclusión de que el paciente es quien debe adaptarse al programa y no existe la posibilidad de que en algún caso el programa pueda adaptarse al paciente, descartando completamente la idea de que no todos los obesos son iguales y no todos pueden trabajar de forma exitosa bajo los mismos parámetros.

Si bien en un principio, dada la elección de la institución para la realización de la práctica profesional, la autora del presente trabajo se sintió un poco desalentada por creer que no hallaría material novedoso dentro del área del tratamiento de la obesidad, resultó sumamente interesante el encuentro con algo completamente nuevo en cuanto a los tratamientos terapéuticos como lo es la incorporación de las practicas meditativas a la terapia con pacientes obesos. De igual manera que los pacientes aprenden la apertura a la experiencia a través de técnicas que proponen acercarse a los fenómenos como si fuera la primera vez y con una actitud completamente libre de juicio, así fue el encuentro de la autora del presente trabajo con esta temática. Solo a través de la posibilidad de crear el espacio y dar lugar a lo nuevo es que se pudo incursionar en la práctica del *Mindfulness* que ya ocupa una parte de gran importancia en el mundo de la psicología actual.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, G., Musso, A. (2008) La meditación como proceso cognitivo-conductual. *Suma psicológica*, 15(1), 241-258 Recuperado de:
<file:///C:/Users/Miranda/Downloads/Dialnet-LaMeditacionComoProcesoCognitivoconductual-2563837.pdf>
- Amigo Vázquez, I., Fernández Rodríguez, C. & Pérez Álvarez, M. (1998). *Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Baringoltz, S., Levy, R. (2015). *Terapia Cognitiva: Del dicho al hecho*. Buenos Aires: Polemos.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Bersh, S. (2006) La obesidad: Aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 35(4), 537-546 Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/html/806/80635407/>
- Boals, G. (1978) Toward a cognitive reconceptualization of meditation. *The Journal of transpersonal Psychology*.10(2) 143-182 Recuperado de:
<https://pdfs.semanticscholar.org/29f5/c118d319a9aae13b670ede7d20816e9695be.pdf>
- Bornas, X., Rodrigo, T., Barceló, F. & Toledo, M. (2002) Las nuevas tecnologías en la Terapia cognitivo-conductual: Una revisión. *Revista internacional de Psicología y salud* 2(2) 533-541 Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/337/33720311.pdf>
- Cabrerizo, L., Rubio, M.A, Ballesteros, D. & Lopera, C. (2008, en revisión). Complicaciones asociadas a la obesidad. *Sociedad Española de endocrinología y nutrición*.
- Capece, J. (2015). Terapia Cognitiva con pacientes adictos. En Sara B. & Ricardo L., *Terapia Cognitiva: Del dicho al hecho* (pp. 233). Buenos Aires: Polemos

- Cebolla, A., & Miró, M.T. (2006) Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de psicoterapia. Mindfulness y psicoterapia*, (2)17 133-155 Recuperado de:
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34867820/RP66_1_.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1538322161&Signature=L3Jussj0P6dwP6ZLmvUPv00APXE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRevista_de_Psicoterapia_66_67.pdf#page=135
- Cormillot, A. (1991). *El arte de adelgazar*. Buenos Aires: Vergara.
- Cormillot, A. (2008). *Como adelgazar y mantenerse*. Buenos Aires: Paidós.
- Correa de Alfonso, C., Nuñez Aranguren, L., & Soto de Sanabria, I. (2009) *Nutrición pediátrica*. Venezuela: Editorial Médica Panamericana
- Cruz García, M.A., Mollá, Cusí L., & Pérez Golarons, L. (2015) Más allá de la cirugía bariátrica. Obesidad mórbida y Mindfulness: una oportunidad para iniciar y mantener cambios. *Avances en Psicología Clínica* (pp. 146-154). España: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).
- 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 Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000600015&script=sci_arttext
- Facchini, M. (1999). *Obesidad. Abordaje terapéutico general. Guía médica de Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: SAOTA
- Fairburn, C., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., Hawker, D., Murphy, R. & Straebl, S. (2008) Preocupación por la silueta, el sentirse gordo y los esquemas mentales. En C. Fairburn, *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 96-124). Nueva York: The Guilford Press.

- Fairburn, C. (1998) *La superación de los atracones de comida, cómo recuperar el control*. España: Paidós.
- Fuentes, S. (2015) *Mindfulness y estilos de ingesta en la población con Trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis de grado inédita. Universidad de Jaume I, Castellón de la Plana, España.
- García Campayo, J. (2008). La práctica del estar atento (Mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Atención primaria*, 40(7) 363-366
Recuperado de <http://www.webmindfulness.com/wp-content/uploads/2014/12/La-practica-del-estar-atento-mindfulness-en-medicina.-Impacto-en-pacientes-y-profesionales.pdf>
- García Palacios, A. (2006). Mindfulness en la Terapia dialéctico-comportamental. *Revista de psicoterapia. Mindfulness y psicoterapia*, 2(17) Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34867820/RP66_1_.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1538322161&Signature=L3Jussj0P6dwP6ZLmvUPv00APXE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRevista_de_Psicoterapia_66_67.pdf#page=135
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de psiquiatría* 37(1) 136-138. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/806/80615420011/>
- Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K.G. (2015) *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)* New York: The Guilford Press.
- Hervás G., Cebolla A., & Soler J. (2016) Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: Estado actual de la cuestión. *Clínica y salud* 27 (3), 115 – 124. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527416300391>
- Jeanne, D. (2016) The relevance of Mindfull eating for addressing youth obesity. En Ivtzan, I. & Lomas, T. *Mindfulness in positive psychology, the science of meditation and wellbeing* (pp. 84-86). Londres: Routledge

- Kabat Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. Londres: Piatkus.
- Lamberto, M.L. (2015). Terapia Cognitiva de los trastornos de ansiedad. En Sara, B. & Ricardo, L. *Terapia Cognitiva: Del dicho al hecho* (pp. 182-183). Buenos Aires: Polemos
- Langer, E.J (2011). *Mindfulness, la atención plena*. Madrid: Paidós.
- Levy, R. (2015) Las características de la atención plena. En Sara B. & Ricardo L., *Terapia Cognitiva: Del dicho al hecho* (pp. 8). Buenos Aires: Polemos
- López Morales, J.L & Garcés de los Fayos Ruiz, E.J (2012) Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria* 27(6) Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600006
- Mathieu, J. (2009) What should you know about Mindful and intuitive eating? *Journal of the American dietetic association*, 109(1), Doi:10.1016/j.jada.2009.10.023
- Organización Mundial de la Salud (2018) Diez datos sobre la obesidad, clasificación del IMC. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud (2018) La obesidad. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud (2018) Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Peña, M. & Bcallao, J. (2001) La obesidad y sus tendencias en la región. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1(2), 76-77 Recuperado de <https://scielosp.org/article/rpsp/2001.v10n2/45-78/es/>

- Pipher, M. (1999) *Hambre a la moda, el infierno de los Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Grijalbo.
- Portillo Diaz, I. (2000) *Bases de la terapia de grupo*. México DF: Editorial Pax.
- Quintana, M. & Rincón Fernández, M.E (2011) Eficacia del Entrenamiento en Mindfulness para Pacientes con Fibromialgia. *Clínica y Salud* 22(1) Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000100004
- Quiroga de Michelena, M. I (2017) Obesidad y genética. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2) Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200014
- Ramel, W., Goldin, P.R., Carmona, P.E., & McQuaid, J.R. (2004) The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4) 433-455 Recuperado de http://www.thaicam.go.th/attachments/362_R2010062803.pdf
- Ravenna M. (2009), *Aprende a comer. El método Ravenna*. Madrid: Ediciones B.
- Segal Zindel, V., Williams, J. Mark G., & Teasdale, John D. (2013) *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: The Guilford Press.
- Sociedad Mindfulness y Salud (2018) Recuperado de <http://mindfulness-salud.org/mindfulness/que-es-mindfulness/>
- Stickney, M., Miltenberger, R., & Wolff, G. (1999). A descriptive analysis of factors contributing to binge eating. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 30(3) 177-189. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005791699000191>
- Tamayo, D. & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de psicología Universidad de Antioquía*, 6(1) 94-97 Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/21619/17807>

- Telch, C., Stewart Agras, W., Linheam, M. (2001) Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology* 69(6).
Recuperado de
[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44281401/Dialectical Behavior Therapy for Binge E20160331-31804-1rv2q1c.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1537913996&Signature=juXjly29fd61yavDO84By7SR6D4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDialectical_behavior_therapy_for_binge-e.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44281401/Dialectical_Behavior_Therapy_for_Binge_E20160331-31804-1rv2q1c.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1537913996&Signature=juXjly29fd61yavDO84By7SR6D4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDialectical_behavior_therapy_for_binge-e.pdf)
- Torres, V., Sánchez Castro, A. M, Matarán Peñarocha, G. A., Palomo, L., Ferrándiz Aguilar, M. E., Moreno Lorenzo, C. (2011) Beneficios de la terapia cognitivo-conductual y la presoterapia en pacientes obesos: ensayo clínico aleatorizado. *Nutrición hospitalaria* 26(5) Recuperado de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000500015
- Vázquez Velásquez, V., & López Alvarenga, J. C. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9 (2), 91-96 Recuperado de
http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad_psicologia.pdf
- Vilallonga, L., Repetti, M., & Delfante, A. (2008). Tratamiento de la obesidad. Abordaje Nutricional. *Revista del Hospital Italiano* 2 63-70 Recuperado de
https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/7848_28-2-63-70-revision.pdf
- Wilner, R. (2015). Tareas en Terapia Cognitiva. En Sara B. & Ricardo L., *Terapia Cognitiva: Del dicho al hecho* (pp. 41). Buenos Aires: Polemos