

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Lic. en Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Pensamientos y conductas que se presentan en pacientes bajo tratamiento por sobrepeso previamente a la transgresión del programa de alimentación.

Alumno: Nicolás Hernán Ekert
Tutora: Claudia Garber Barg

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 22 de Octubre de 2018

INDICE

1. Introducción.....	4
2. Objetivos	
2.1 Objetivo general.....	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
3. Marco Teórico.....	5
3.1 Obesidad: Definición e impacto en la salud.....	5
3.2 Aspectos a considerar en el tratamiento de la obesidad.....	9
3.3 La terapia cognitivo conductual aplicada al tratamiento de la obesidad.....	14
3.3.1 La terapia grupal aplicada al tratamiento en el contexto de la terapia cognitivo conductual.....	18
3.3.2 Intervenciones de los terapeutas en pacientes con obesidad en el contexto de la terapia cognitivo conductual.....	20
3.3.3 Estrategias conductuales para no transgredir el programa de alimentación en el contexto de la terapia cognitivo conductual.....	24
4. Metodología.....	26
4.1 Tipo de estudio	26
4.2 Participantes.....	26
4.3 Instrumentos.....	26
4.4 Procedimiento.....	27
5. Desarrollo.....	27
5.1 Presentación de la institución.....	27
5.2 Describir los pensamientos y las conductas que los pacientes bajo tratamiento por sobrepeso manifiestan tener previamente a la transgresión del programa de alimentación	28
5.3 Indagar acerca de la percepción que tienen los terapeutas coordinadores de grupos de pacientes con sobrepeso, respecto a los pensamientos y las conductas que se presentan en los mismos previamente a la transgresión del programa de alimentación.....	32

5.4 Describir las intervenciones terapéuticas de los coordinadores de grupos de pacientes con sobrepeso, al momento en que son evidenciados estos pensamientos y conductas en algún paciente, con la finalidad de evitar que los mismos transgredan el programa de alimentación.....	36
5.5 Describir las estrategias que los pacientes bajo tratamiento por sobrepeso manifiestan tener con la finalidad de evitar transgredir el programa de alimentación al momento en que perciben estos pensamientos y conductas.....	41
6. Conclusiones.....	43
6.1 Resumen del desarrollo.....	43
6.2 Limitaciones.....	44
6.3 Perspectiva crítica.....	45
6.4 Aporte personal.....	46
7. Referencias Bibliográficas.....	48

1.Introducción

El Trabajo Final Integrador se elaboró mediante la información obtenida en la Práctica y Habilitación Profesional. La que constó de asistencia a 280 horas de observación que se realizaron en un centro terapéutico cuyo objetivo es el seguimiento y tratamiento de las conductas alimentarias de las personas con sobrepeso, con el fin de reajustar los desequilibrios alimenticios resultantes de los desórdenes en la ingesta diaria. Dicho centro se encuentra ubicado en el barrio de Palermo, abierto todos los días, inclusive los domingos y feriados con la finalidad de brindar asistencia ininterrumpida a sus pacientes.

La modalidad de trabajo es en base a un seguimiento personalizado y a través de la asistencia a dinámicas grupales.

En lo relacionado al seguimiento personalizado, se hace a través del pesaje diario de los pacientes y a la elaboración de un plan alimentario hipocalórico dependiendo del nivel de sobrepeso.

En lo que respecta al tratamiento, el paciente debe asistir a grupos terapéuticos de forma diaria (es lo recomendado por los coordinadores de los grupos) contando con varios horarios a lo largo del día. Estos grupos se dividen entre Descenso y Mantenimiento dependiendo del momento del tratamiento en que se encuentren, siendo el último mencionado para quienes han llegado a no tener sobrepeso.

El centro cuenta con un equipo de 19 profesionales que se distribuyen entre médicos, nutricionistas y psicólogos, los que se alternan en la coordinación de los distintos grupos terapéuticos, y llevan adelante los seguimientos personales y las admisiones. Asimismo el grupo mencionado está integrado por el dueño y fundador del centro quién es médico.

Estos profesionales son quienes realizan las intervenciones en los grupos terapéuticos orientadas a que los pacientes puedan lograr llevar adelante el programa alimentario. Para esto son utilizadas técnicas cognitivo conductuales, de manera de poder trabajar con ellos, entre otros objetivos, la posibilidad de que detecten los pensamientos y las conductas que empiezan a aparecer previamente a la ingesta de alimentos que no están incluidos en el programa. Asimismo se intenta que al momento de su detección elaboren estrategias

cognitivas y conductuales que los alejen de la comida y puedan mantener los tres ejes del programa, los que son el corte al exceso, la medida en las porciones y la distancia de la comidas.

2.Objetivos

2.1.Objetivo General

Describir los pensamientos y las conductas que se presentan en pacientes bajo tratamiento por sobrepeso previamente a la transgresión del programa de alimentación.

2.2.Objetivos Específicos

1) Describir los pensamientos y las conductas que los pacientes bajo tratamiento por sobrepeso manifiestan tener previamente a la transgresión del programa de alimentación.

2) Indagar acerca de la percepción que tienen los terapeutas coordinadores de grupos de pacientes con sobrepeso, respecto a los pensamientos y las conductas que se presentan en los mismos previamente a la transgresión del programa de alimentación.

3) Describir las intervenciones terapéuticas de los coordinadores de grupos de pacientes con sobrepeso, al momento en que son evidenciados estos pensamientos y conductas en algún paciente, con la finalidad de evitar que los mismos transgredan el programa de alimentación.

4) Describir las estrategias que los pacientes bajo tratamiento por sobrepeso manifiestan tener con la finalidad de evitar transgredir el programa de alimentación al momento en que perciben estos pensamientos y conductas.

3.Marco Teórico

3.1.Obesidad: Definición e impacto en la salud

La Organización Mundial de la Salud (2016) define al sobrepeso y a la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros. En el caso de personas adultas la OMS establece que tienen sobrepeso aquellas con un IMC igual o superior a 25 y obesidad las que alcanzan o superan un IMC de 30; aunque advierte que para el diagnóstico debe considerarse sólo como una medida aproximada, ya que estos valores no se corresponden a un mismo nivel de acumulación de grasa en personas con distinta textura física.

En relación a las causas de la obesidad Cormillot (2008) define las cuatro que a continuación se detallan:

- Predisposición genética: El autor define que hay personas que heredan uno o más genes que ponen en riesgo el desenlace de la obesidad expuestos a entorno desfavorable.
- Sedentarismo: El organismo al estar mucho tiempo sin actividad física no llega a gastar la energía que recibe a través del consumo de alimentos.
- Consumo de alimentos de alta densidad energética: El organismo al recibir mayor cantidad de energía de la que necesita para su funcionamiento, éste la acumula en forma de grasa.
- Medio ambiente tóxico: En la sociedad en los últimos años se dan dos fenómenos que favorecen el desarrollo de la obesidad, por un lado la sobreabundancia de alimentos procesados y por el otro el crecimiento de las tareas cada vez más automatizadas y la menor demanda de esfuerzo físico.

El aumento de la obesidad a nivel social en los últimos años ha sido muy grande, llegando a ser considerada por la Organización Mundial de la Salud (2016) como una epidemia en aumento que representa un grave problema de salud pública de alcance mundial. Las estimaciones realizadas en el año 2014 indicaron que aproximadamente el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso y el 13% eran obesas. Además, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. El crecimiento de esta epidemia es notable, ya que a pesar de que hace unos años se consideraba que era un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos han aumentado y siguen haciéndolo en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos, dando como resultado que la mayoría de la población mundial viva en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran vidas de

personas. De esta manera, en la actualidad gran parte de la población mundial tiene sobrepeso y de acuerdo con algunas proyecciones, al llegar al primer cuarto de este siglo la mitad de la población mundial tendrá algún grado de obesidad o sobrepeso si no se aplican políticas públicas adecuadas para tratar y poner freno a la expansión de la enfermedad.

En la Argentina las estadísticas de la prevalencia muestran que la obesidad ha aumentado en las últimas décadas. Ravenna (2006) llama la atención sobre el hecho alarmante que significaba que, desde los años 70 hasta ese momento, el porcentaje de adultos obesos y con sobrepeso en el país hubiera pasado del 12% al 48%, mostrando además una tendencia a seguir creciendo.

La obesidad tiene consecuencias muy graves para la salud, entre las que se encuentran patologías graves como la hipertensión, la diabetes, problemas cardiovasculares, trastornos del aparato locomotor y hasta ciertos tipos de cáncer como los gastrointestinales, de próstata y de mama. Asimismo, representa un factor de riesgo por estar asociado al aumento del colesterol (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En coincidencia con lo planteado anteriormente respecto al impacto de la obesidad en la salud Setién y Escalante (2010) manifiestan que existe una relación entre el exceso de peso y la mortalidad. Los estudios epidemiológicos sobre obesidad y factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares han establecido que la posibilidad de padecer hipertensión o diabetes es aproximadamente tres veces mayor en obesos. Asimismo es de destacar que la muerte súbita es más frecuente en sujetos con obesidad mórbida que en la población en general.

Cuevas y Reyes (2005) plantean que la obesidad es actualmente una epidemia en gran parte del mundo. Es considerada una enfermedad crónica de etiología multifactorial, que se asocia a mayor morbimortalidad. De ahí la importancia de buscar las mejores estrategias para su prevención y tratamiento. La condición de cronicidad tiene relevancia para su tratamiento, el cual debe incluir cambios del estilo de vida y en algunos casos uso de medicamentos e incluso cirugía. Esta condición debiera ser manejada por un equipo multidisciplinario que asegure un tratamiento adecuado, con reforzamiento y seguimiento

permanente. Se hace necesario establecer políticas de salud que implementen grupos multidisciplinarios para apoyar a este tipo de pacientes en la mantención de la reducción de peso y, más aún, en la implementación de medidas enfocadas a la prevención de esta nueva epidemia.

Otro aspecto a considerar es la comorbilidad psicológica que se presenta en la obesidad con otros trastornos, los que pueden interferir al momento de comenzar un tratamiento, es por esto que es conveniente detectarlos y diagnosticarlos al inicio, según las investigaciones de Lafuente (2011). Deben tenerse en cuenta, especialmente trastornos depresivos, del humor o de la conducta alimentaria.

Asimismo se debe tener en consideración que al ser una enfermedad crónica, hace que resulte en un factor a tener en cuenta el seguimiento continuo y monitoreo de los progresos, no sólo durante el tratamiento sino también en la etapa posterior al descenso de peso, es decir durante el mantenimiento. Desafortunadamente muchos pacientes tienden a dejar de lado el seguimiento médico una vez que han conseguido cierto descenso de peso, y la mayoría abandona el tratamiento alrededor de los seis meses de iniciado (Bautista-Castaño, Molina-Cabrillana, Montoya-Alonso & Serra-Majem, 2004).

En coincidencia con lo antes mencionado González et al. (2007) encuentran en una revisión bibliográfica que en muchos casos los pacientes con sobrepeso no cumplen con las prescripciones dietarías por lo cual no obtienen los resultados esperados y una parte de ellos abandona el tratamiento. Señalan también que incluso un alto porcentaje de aquellos que tienen una pérdida de peso satisfactoria con el tratamiento recuperan el peso perdido al año de finalizado el mismo y casi la totalidad lo hace en un plazo de cinco años. Los porcentajes de adherencia que informan a partir de su relevamiento están entre el 15 y el 20%, mientras que en el estudio que ellos mismos realizan encuentran un 32% de adherencia.

En relación a lo anteriormente mencionado es de importancia la presencia de ciertos factores. En primer lugar, la comprensión por parte del paciente de que la obesidad es una enfermedad crónica es importante para lograr una mayor adherencia. También lo es evitar falsas expectativas definiendo objetivos terapéuticos que no se limiten a la pérdida de peso, sino que consideren la salud global y la calidad de vida. El desarrollo de vínculos interpersonales y de sentimientos de pertenencia colaboran para lograr una mayor

adherencia, por lo que el trabajo grupal adquiere importancia. La comprensión de la importancia del plan alimentario y su aceptación, en lugar de verlo como una imposición, también es importante. Por último, debe trabajarse en el desarrollo de habilidades que permitan el cambio de hábitos, sobre todo cuando la presión del contexto es grande (Brosens, Terrasa, Ventriglia & Discacciatti, 2015).

3.2.Aspectos a considerar en el tratamiento

En relación al abordaje que hacen los distintos autores que se abordan a continuación de los aspectos a considerar en el tratamiento de pacientes con sobrepeso, se observa que existen coincidencias en que además del plan alimentario se deben tener en cuenta otros ejes, como lo son la terapia o el ejercicio físico. Asimismo se expresan en igual sentido respecto a la cronicidad de esta afección, a la necesidad del abordaje desde un enfoque multidisciplinario y a la multicausalidad.

Según Bersch (2006) la obesidad es una condición médica crónica asociada con alta morbilidad y mortalidad y gran afectación psicosocial. Su etiología es multifactorial y el tratamiento debe ser multidisciplinario e incluir elementos educativos, nutricionales, asistencia médica y abordaje de los aspectos psicológicos y conductuales. El tratamiento es difícil y generalmente a largo plazo, por las altas tasas de recaída. Algunos medicamentos son útiles a corto plazo o por el tiempo que se reciben. Para el caso de la obesidad clínica severa, la cirugía bariátrica es el tratamiento de elección. Para la autora los tratamientos exitosos son aquellos en los que se logran cambios permanentes en el estilo de vida.

Sierra Murgia (2014) señala que existen varios tipos de tratamientos de la obesidad, siendo los más eficaces los métodos que están encaminados a la modificación de hábitos y estilos de vida y que representan mayor eficacia y posibilidad de sostenimiento en el tiempo, siendo estos los siguientes:

- Tratamiento nutricional: Este tipo de tratamiento tiene como objetivo propiciar un balance calórico negativo para esto debe disminuir la ingesta calórica diaria, así como el consumo de grasa saturada.

- Actividad física: Contribuye a lograr un balance calórico negativo y es útil para el mantenimiento del peso deseado, reduce el riesgo cardiovascular y de diabetes. El programa de ejercicio debe realizarse de manera gradual.

- Terapia conductual: Estrategias basadas en principios del aprendizaje, encaminadas a promover y mantener nuevas conductas saludables, así como a la disminución de conductas indeseables. En el paciente con obesidad generalmente las conductas predominantes son sedentarismo, sobreingesta, malos horarios de alimentación, exceso en el consumo de carbohidratos y grasas, así como pensamientos negativos asociados al programa de alimentación, a la actividad física y a la capacidad del mismo sujeto para realizar esos cambios. Estas conductas son las que se deben modificar y reestructurar para promover un estilo de vida saludable y con ello la pérdida de peso.

A su vez también cita otros tratamientos menos eficaces como podrían ser:

- El farmacológico: basándose en el uso del medicamento Orlistat, que es un medicamento que bloquea algunas de las grasas que se ingieren, impidiendo que sean absorbidas por el cuerpo.

- El quirúrgico: a través de intervenciones quirúrgicas tendientes a la reducción del tamaño de la cámara gástrica para limitar el consumo de alimentos o a la reducción de la longitud del intestino delgado disminuyendo la superficie de absorción de los nutrientes.

Para Lafuente (2011) el abordaje del tratamiento de la obesidad debe formar parte de un programa multidisciplinario, dado que el sobrepeso presenta características heterogéneas, con una génesis multifactorial compleja y acompañada en algunos casos de comorbilidad. Por ello es necesaria la cooperación de varios profesionales además del psicólogo, como serían médicos, nutricionistas, entre otros. Otro componente que hace más difícil el tratamiento es su carácter crónico, no siendo posible una solución rápida y definitiva. El autor propone coincidentemente con Sierra Murgia (2014), tres ejes:

- Alimentación: En donde los pacientes adquieran conocimientos y capacitación para una alimentación sana, que se lo informen respecto a los efectos del sobrepeso en el cuerpo y la salud, los factores que favorecen el desarrollo de la obesidad.

- Emociones: En donde se trabaje respecto a la influencia que tienen las emociones y los pensamientos sobre la conducta y se haga un abordaje terapéutico para poder modificar hábitos y costumbres más adaptativos.
- Ejercicio: En donde se le den ejercicios físicos adecuados, suficientes y regulares para favorecer la salud y el mantenimiento del peso.

A diferencia de otras afecciones, para Lafuente (2011), en el sobrepeso se hace más necesaria la existencia de la motivación por parte del paciente como requisito indispensable para que tenga una evolución y un mantenimiento positivo. Esto es porque el sobrepeso tiene que ser abordado desde varias disciplinas como ya fue desarrollado anteriormente. Para el sostenimiento de la motivación se hace imprescindible el abordaje terapéutico, usado como trabajo de construcción de deseos de cambio y mantenimiento. La mayoría de las personas que acuden a tratamientos lo hacen buscando un cambio de imagen para tener más éxito, aceptación propia y de los demás y no tanto por motivos de salud, en ese contexto el programa alimentario está cargada de significados inadecuados encontrándose en último lugar la alimentación sana, adecuada y posible.

La Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2010) plantea, en coincidencia con lo manifestado por los autores citados precedentemente, que la obesidad es un problema de salud que se construye a partir de la conjunción de varios factores a lo largo del tiempo. Por su complejidad su desarrollo es paulatino, por lo tanto su abordaje debe ser concebido de la misma forma entendiendo que no es posible realizarlo atendiendo un solo factor. Las recomendaciones que se plantean son: asociación de estrategias que incluyan un plan alimentario más ejercicio físico, proponer una vida activa para lograr beneficios en la salud global, más allá de su impacto en el descenso de peso y el abordaje conductual asociado a un plan alimentario y a ejercicio físico sostenido en el tiempo para lograr una mayor pérdida de peso. En lo relacionado al plan alimentario se determina la importancia de:

- Lograr una reducción calórica: En donde se acuerde con el paciente un plan alimentario personalizado, para esto se debe determinar el requerimiento calórico aproximado de la persona, de manera tal de generar un déficit calórico.
- Promover la educación alimentaria: Es un elemento fundamental en el tratamiento del sobrepeso, el objetivo es promover cambios de conducta a largo plazo tendientes a

favorecer el mantenimiento de un peso posible a partir de la incorporación de elecciones más saludables en relación con hábitos alimentarios.

- Mejorar la calidad de la alimentación: Teniendo en cuenta la reducción del ingreso calórico, junto a la mejoría de la calidad alimentaria, como una estrategia más para prevenir complicaciones.

Para Amzallag (2000) el tratamiento por sobrepeso es un plan de por vida. Es un proceso dinámico en el cual ambos, el paciente y el médico, disponen y evalúan los objetivos periódicamente y emplean varias estrategias para lograrlos. Define cuatro componentes para su éxito: pérdida de peso y control del peso a largo plazo, mejoría de las enfermedades relacionadas con la obesidad, mejor comprensión de la salud, un cuidadoso control de los efectos adversos que pudieran ser consecuencias del programa. El propósito de tal programa es el ayudar a los pacientes a cambiar sus hábitos alimentarios, a hacer ejercicios físicos y a tener una actitud general psicológica que produzca un cambio total en el estilo de vida. Para el autor hay cinco aspectos diferentes: nutrición, actividad física, modificación de conducta, cambios cognoscitivos y apoyo social.

Larrañaga (2007) manifiesta, tal como sus colegas, que la obesidad es una enfermedad en la que es necesario realizar una evaluación individualizada de cada paciente para saber qué componente de la obesidad es el que prima en cada caso y aplicar el tratamiento adecuado. En todos los casos se tiene que pensar y hacer saber al paciente que se está ante una enfermedad crónica, y que por tanto el tratamiento no se limita solamente a la pérdida de peso. El tratamiento de cambio de estilo de vida es multidisciplinario, incluye psicoterapia conductual (psicólogo), tratamiento dietético (nutricionista), médico (endocrinólogo) y educativo. El objetivo principal y lo que se considera un éxito no es solamente adelgazar, sino además mantener el peso perdido, y esto sólo es posible con el cambio de estilo de vida. Para ello es clave el tratamiento psicológico (psicoterapia cognitivo conductual), puesto que permite motivar y conseguir el cumplimiento terapéutico por parte del paciente. Un problema que suele estar frecuentemente es que la aplicación de este tipo de psicoterapias es limitada en el tiempo y, como se ha visto, los pacientes necesitan estímulos continuos (reforzadores) de las conductas nuevas aprendidas para que se mantengan a largo plazo. Para el autor la obesidad es una enfermedad crónica, como puede ser la diabetes, y por tanto necesita tratamiento de por vida.

Según Cuevas y Reyes (2005) el tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario, involucrando a médicos nutriólogos, nutricionistas, kinesiólogos o fisiatras, psicólogos y cirujanos, contemplando los siguientes aspectos principales:

- Programa de alimentación: El mismo es el componente central de las intervenciones para reducir de peso, incluso cuando se opta por el uso de fármacos o cirugía. Para la elaboración de la prescripción del plan, es fundamental determinar la ingesta nutricional, los requerimientos calóricos y las comorbilidades.

- Actividad física: Muchos estudios han evidenciado una relación inversa entre peso corporal y actividad física.

- Modificación conductual cognitiva: Las terapias de cambios de conducta son estrategias para modificar los hábitos de alimentación y de actividad física de los pacientes obesos. Las técnicas de conducta más utilizadas incluyen: automonitoreo de la ingesta y actividad física, manejo del stress o condiciones psicológicas que gatillan la ingesta, resolución de problemas relacionados con el peso e implementación de alternativas más saludables. En el aspecto cognitivo es importante la enseñanza de metas realistas en cuanto a la reducción de peso, manejo de la autoestima y prevención de recaídas. La terapia de modificaciones de conducta puede ser realizada en forma individual o grupal.

- Farmacoterapia: El uso de fármacos debe ser coadyuvante al tratamiento, y deben ser indicados cuando no se obtiene una respuesta adecuada a las modificaciones del estilo de vida.

Ravenna (2006) plantea que el sobrepeso es un problema de conducta, una adicción o tendencia al exceso de comida, y si este aspecto no se resuelve, la reincidencia en el engorde es inevitable. El síntoma es el cuerpo que habla desde su voluptuosidad, pero hay que ir más allá, a las conductas que llevan al exceso y al cuerpo desmedido. Por lo tanto, para empezar un plan alimentario, la persona obesa o con sobrepeso debe disponerse a recibir ayuda para limitar su desborde. Esta debe ser su posición y su compromiso, dejarse ayudar y confiar. Afirma que en el tratamiento hay sólo dos aspectos fundamentales a considerar: el conductual y el nutricional y desarrolla tres ejes centrales que son el corte con los excesos, la medida en la porción y la distancia entre las comidas y con la comida.

Con el corte se reconoce el malestar, con la medida hay equilibrio y sobriedad y con la distancia se logra la objetividad y la lucidez.

En resumen, los aspectos en que los autores antes mencionados hacen mayor énfasis son en el plan alimentario y en la terapia, siendo esta la cognitiva conductual para poder cambiar hábitos de alimentación. Asimismo se menciona a la actividad física como otro factor que ayuda en el tratamiento.

3.3.La terapia cognitivo conductual aplicada al tratamiento de la obesidad

Dentro de los aspectos a considerar en el tratamiento de pacientes con sobrepeso desarrollados anteriormente se define a la terapia como un factor de relevancia. Los autores que se desarrollan a continuación determinan a la terapia cognitivo conductual como la que mejor se adapta debido a que su objetivo es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo, ciertos sentimientos o pensamientos y se pone énfasis en la importancia del aprendizaje, la modificación de la conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades entre sesiones.

Lafuente (2011) manifiesta que los enfoques desde los cuales se puede abordar el tratamiento de los pacientes con sobrepeso son muy variadas, como pueden ser, la terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal, la terapia psicodinámica, las técnicas de relajación e hipnosis. Sin embargo el autor manifiesta que distintos estudios demuestran que la que ha demostrado mejores resultados es la terapia cognitivo conductual, debido a que abarca junto a los componentes cognitivos propios de esta terapia, procedimientos comportamentales para el abordaje de la conducta alimentaria y el ejercicio físico. La psicoterapia cognitivo conductual pone el acento en qué debería cambiar y cómo puedo hacerlo. Inicialmente el paciente debe prestar atención a sus conductas, pensamientos y sentimientos así como la relación que existe entre ellos y sus hábitos alimentarios, de modo que permita buscar otras alternativas más beneficiosas que puedan ponerse en práctica en su vida diaria. Al inicio de la terapia los hábitos de alimentación inadecuados de los pacientes todavía permanecen sin modificar, hasta que un mejor control de la comida esté activado y que pueda observar la forma en que canaliza habitualmente sus afectos. Con frecuencia, el paciente no tiene conciencia de estas dificultades y de sus efectos, los problemas que más reconocen son los relacionados a la imagen corporal o la belleza. El

autor propone una confrontación activa del paciente con sus propias conductas y sus creencias de manera que pueda incorporar otras opciones posibles y más adecuadas para sus patrones habituales de conducta, por lo tanto promueve el autocuestionamiento. Asimismo plantea la importancia de la motivación, en este caso el autor sugiere la entrevista motivacional como complemento a las estrategias convencionales. El objetivo es promover la voluntad de cambiar las áreas en las que se muestran más indecisos y ambivalentes. La característica clave del enfoque de esta entrevista es que se desarrolla dentro de un marco en el que el paciente tiene disposición de resistencia al cambio y la relación terapéutica busca cómo estimular que el paciente compare las ventajas e inconvenientes del comportamiento asociado a sus hábitos inadecuados, que conducen al exceso de peso. Se trata de crear la disonancia cognitiva suficiente para que favorezca la sensación de incongruencia y que ésta repercuta en el aumento de la motivación.

Los principales promotores de la terapia cognitiva antes mencionada por Lafuente (2011) son Beck y Ellis, quienes expusieron la influencia que las interpretaciones personales de las situaciones particulares tenían sobre las percepciones, y a través de ellas sobre las emociones y la conducta. De esta manera se puede pensar que no hay una realidad universal, sino que cada realidad es construida a modo personal. Esta forma de considerar la relación del individuo con la realidad en términos de construcción dió lugar a dos modelos dentro de la terapia cognitiva: El primero, tiene sus bases en un constructivismo crítico y considera que aunque existe una realidad externa es imposible acceder a ella de manera completa. El segundo se denomina constructivismo radical porque sostiene que la realidad es siempre una construcción que depende de la interpretación del sujeto. En los dos modelos de terapia cognitiva la finalidad es la de reorganizar los pensamientos que son desadaptativos para la vida de la persona para cambiar la interpretación de la realidad (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

Desde el modelo teórico cognitivo conductual, se admite que el ser humano construye su mundo a partir de esquemas. Estos se fabrican y se moldean a partir de las vivencias que cada individuo debe enfrentar en sus vidas. El modo en que lo hace es en función de las cogniciones, recuerdos, emociones, verbalizaciones o imágenes que surgen en este proceso de estructuración y que, finalmente, determinan los afectos y las conductas del sujeto. Por

lo tanto, son las experiencias de las personas las que desarrollan actitudes y creencias, constituyendo finalmente las cogniciones. (Leija-Alva et al., 2011)

Larrañaga (2007) sostiene que el tratamiento más eficaz a largo plazo es el cambio de estilo de vida, que está formado por tres componentes: un programa alimentario, actividad física y psicoterapia conductual. El objetivo de la psicoterapia conductual en los pacientes obesos es ayudarlos a identificar, y posteriormente cambiar, hábitos alimentarios y de actividad física que contribuyen a su obesidad. Se pone el acento en el qué tengo que hacer para cambiar más que en el porqué. El autor pone énfasis en la importancia del aprendizaje, la modificación de la conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades entre sesiones. El objetivo es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo, ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. Se solicita al paciente que ponga en práctica nuevas conductas y cogniciones en las sesiones y las generalice fuera como parte de la tarea. Esta psicoterapia desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente lo confronta con la idea de que hay opciones posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta; por lo tanto, promueve el autocuestionamiento. La psicoterapia cognitivo conductual implica los siguientes pasos:

- Intensificar el conocimiento que el paciente tiene de sus propios patrones de pensamiento.
- Enseñar a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta de la ingesta trastornada.
- Examinar la validez de ciertos pensamientos o creencias.
- Sustituir las creencias erróneas por ideas más apropiadas.
- Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta.

Bersh (2006) plantea que el tratamiento de la obesidad es difícil e implica cambios permanentes en la ingesta y aumento de la actividad física. Para la realización de los cambios antes mencionados la autora referencia que es necesaria la terapia cognitivo conductual de manera de modificar los hábitos de alimentación. La terapia conductual hace hincapié en una nutrición saludable y desaconseja las dietas rígidas, en favor de una dieta

balanceada y flexible. Algunos programas a su vez proveen entrenamiento en técnicas de manejo de estrés y solución de problemas y estimulan la búsqueda de apoyo social. También se deben considerar los aspectos psicoterapéuticos del mejoramiento de la imagen corporal. La imagen corporal es un concepto relacionado a las percepciones, actitudes y experiencias que tienen las personas acerca de su cuerpo y su apariencia. Tiene efectos indudables en la autoestima, el funcionamiento social y la calidad de vida. Las personas obesas con frecuencia tienen problemas en su imagen corporal y pueden beneficiarse de estos tratamientos. Los elementos cognitivos permiten la identificación y el cuestionamiento de creencias, esquemas y distorsiones cognitivas que afectan las experiencias cotidianas de la imagen corporal.

En el experimento realizado por Lopez (1994) se pueden observar los resultados positivos que arrojan el tratamiento cognitivo conductual para pacientes con sobrepeso. En el mismo se utilizaron tres autorregistros que debían ser cumplimentados por cada uno de los participantes:

- Autorregistro de comida y bebida ingerida diariamente: Esto permitía observar los distintos parámetros en relación a la conducta de comida: frecuencia, hora del día, cantidad de hambre que se tiene a la hora de comer medida por medio de una escala de 0 a 10, así como el número aproximado de calorías ingeridas diariamente.
- Autorregistro de la actividad física: Este permitía distinguir entre diferentes actividades tales como, actividades domésticas (hacer camas, preparar comida, limpiar el polvo, etc.), laborales (carpintería, tareas agrícolas, etc.) y recreativas (andar, jugar al tenis, bailar, correr, etc.). El sujeto debía calcular mediante una tabla de calorías el número de calorías gastadas en función del ejercicio realizado y tiempo empleado en el mismo.
- Autorregistro de situaciones, autofrases o pensamientos: En donde el sujeto identificaba y especificaba los sentimientos negativos (ansiedad, depresión, aburrimiento, etc.) en relación con determinadas conductas de ingesta como picoteo, comer a deshoras en exceso, ingerir alimentos con un contenido calórico elevado. Con este autorregistro se pretendía que los sujetos aprendan a identificar pensamientos negativos, para, posteriormente sustituirlos por otros positivos.

Los resultados fueron positivos no sólo se produjeron pérdidas de peso significativas a lo largo del programa de intervención, sino que sigue presentando pérdidas progresivas de peso en un seguimiento de tres meses posteriores al tratamiento. Se llegó a la conclusión que los pacientes modificaron sus hábitos alimenticios, repercutiendo así, tanto en la pérdida de peso progresiva como en la prevención de ciertos factores de riesgo para los sujetos.

A modo de resumen los motivos coincidentes por los cuales los autores eligen a la terapia cognitivo conductual como la que más se adapta al tratamiento en pacientes con sobrepeso es que en la misma se toma al ser humano como alguien que construye su mundo a partir de esquemas que se fabrican y se moldean a partir de las vivencias que cada individuo debe enfrentar en sus vidas. Por lo tanto, son las experiencias de las personas las que desarrollan actitudes y creencias, constituyendo finalmente las cogniciones. Asimismo hay experimentos desarrollados anteriormente que sostienen la efectividad del tratamiento bajo este modelo teórico.

3.3.1.La terapia grupal aplicada al tratamiento en el contexto de la terapia cognitivo conductual

Los autores que se citan a continuación proponen a la modalidad de terapia grupal por sobre la individual en el tratamiento de pacientes con sobrepeso debido a que coinciden en algunos aspectos como pueden ser que el hecho de compartir experiencias con personas que están siendo tratados por sobrepeso ayuda a reducir la sintomatología depresiva y a aumentar la motivación al tratamiento.

Lafuente (2011) postula que la mayor parte de los enfoques terapéuticos son susceptibles de hacerse tanto en grupo como individualmente, no obstante, la comunicación de experiencias resulta en mejores resultados en tratamientos de grupo, aunque resulta necesario y conveniente hacer encuadres grupales diferentes para determinadas conductas, como alimentación y ejercicio.

Sierra Murgia (2014) propone la intervención grupal como un tratamiento que puede ayudar a los pacientes con obesidad a reducir sintomatología depresiva y a aumentar la

motivación al tratamiento. Los puntos primordiales que deben tener los grupos de apoyo para estos pacientes incluyen varios factores, como los siguientes:

- Se debe reforzar la buena adhesión al tratamiento, así como los avances que vaya presentando el paciente, por mínimos que éstos sean.
- Se debe brindar información y educación al paciente sobre los cambios conductuales que tendrá que realizar.
- Se debe permitir la identificación de problemas potenciales que se le pueden presentar al paciente y el desarrollo de estrategias de afrontamiento y resolución de éstos.
- Se debe proporcionar un ambiente seguro para el paciente y una oportunidad de que asuma los retos, al estar en compañía de otras personas que viven experiencias similares.

En la línea de lo expuesto por los demás autores, Ravenna (2016) manifiesta que además de los pilares nutricionales y conductuales que tiene el tratamiento para personas con sobrepeso, la herramienta que reafirma el mismo es el abordaje grupal del tratamiento, los grupos de personas en la misma situación que, a partir de la identificación, la solidaridad y el acompañamiento hacen más fáciles los procesos de adelgazamiento y mantenimiento. Cuando la gente se reúne con el objetivo de buscar una solución verdadera a sus problemas, se genera mucho compromiso. Brinda un soporte a cómo encarar las dificultades sin comida que tape el dolor o distraiga del conflicto, los grupos son una ayuda valiosísima, en los mismos se toma como eje la conducta y se trabaja sobre ella para modificarla. Para el autor dos aspectos importantes en la conformación de grupos son la cantidad y la heterogeneidad de los integrantes, debido a que se da un mayor intercambio de experiencias cuando son numerosos y eso es enriquecedor para los pacientes. En los grupos que el autor coordina no se habla de la comida, las especificaciones sobre cuánto y cuándo comer están en manos de los nutricionistas, se abordan temas como por ejemplo qué se siente sin comer, de la relación de uno con la vida, de la dejadez, del abandono, de la mediocridad, de los cortes incompletos. El intercambio grupal sirve para entrenarse en la tolerancia.

Otra opinión en favor de modelo grupal es la de Garay, Keegan y Korman (2008) quienes manifiestan que presenta grandes ventajas sobre el individual en la relación costo beneficio. Se enfatiza la necesidad de una composición homogénea del grupo en este tipo

de tratamiento, es decir, es importante que el grupo esté integrado por pacientes con la misma patología. La terapia cognitivo conductual fue administrada en modelo grupal en numerosos trastornos y problemas. Si bien la mayoría de estos modelos cognitivo conductuales se han centrado en el tratamiento de trastornos mentales, también existen intervenciones dirigidas a pacientes con enfermedades médicas o a personas en riesgos con fines preventivos. En este último tipo de intervenciones, el modelo grupal posee gran aceptación dado que no están dirigidas a personas aquejadas por un trastorno mental y no presentan problemas clínicos de una gravedad que justifiquen una atención individual. Otro de los objetivos de los modelos cognitivo conductuales ha sido prevenir las recaídas en pacientes ya libres de los síntomas del trastorno, o al menos libres de la mayoría de ellos. Estas intervenciones también han utilizado el abordaje grupal.

3.3.2. Intervenciones de los terapeutas en pacientes con obesidad en el contexto de la terapia cognitivo conductual

Respecto a los tratamientos y a las intervenciones en pacientes sobrepeso es importante destacar las experiencias de Alvarado Sánchez, Guzmán y Gonzalez Ramirez (2005) quienes hallaron que existía una mayor adherencia al tratamiento de la obesidad y un aumento de la autoestima en los pacientes que recibían terapia cognitivo conductual. El estudio lo llevaron adelante debido a que registraban un elevado índice de fracasos que se da en tratamientos que sólo se basan en el seguimiento de dietas hipocalóricas, tanto por las dificultades de una adhesión mantenida del tratamiento como por la recuperación del sobrepeso una vez conseguida la meta. Para los autores el objetivo de cualquier intervención para el tratamiento de la obesidad debe de ir más allá que la mera reducción de peso a través de la adopción de una dieta hipocalórica que los pacientes deben seguir con su fuerza de voluntad. En ese sentido es imprescindible la introducción de distintas técnicas cuyo objetivo principal sea la modificación de los hábitos de alimentación y que permitan una mayor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud ante el problema. A tales fines las técnicas e intervenciones cognitivo conductuales que se han usado como apoyo al cambio de hábitos alimenticios, fueron:

- Reestructuración cognitiva: La cual buscó cambiar los pensamientos negativos o irracionales por pensamientos positivos o racionales. Ejemplo de estas intervenciones

fueron: ¿Qué voy a hacer cuando llegue a mi peso meta?, en la cual se trató de que los pacientes modifiquen sus respuestas y pensamientos donde responden: Si llego a mi peso meta, me gustaría comprarme ropa más atractiva a cuando llegue a mi peso meta, voy a comprarme ropa más atractiva.

- Autocontrol y autoestima: En donde se trató de que los pacientes adquieran suficiente fuerza de voluntad para poder controlarse ante diferentes estímulos relacionados con el alimento. En este caso se utilizaron tarjetas que contenían frases o imágenes que podían hacer que mantengan el control en un momento de tentación (por ejemplo, Si voy por buen camino, ¿por qué desistir ahora?) e identificaran aquellos atributos que poseen, y asimismo los que no tenían pero que desearan alcanzar. También se les entregó una hoja titulada crea en usted mismo y hágalo realidad, la cual contenía frases que los ayudan a confiar en ellos mismos y alcanzar sus metas.

- Línea base: Mediante la cual se buscó que los pacientes visualicen los avances que habían adquirido con la intervención, esto es, los kilos que fueron disminuyendo. Para esto se hizo una gráfica donde se representaron los kilos que se iban bajando en cada sesión y marcándose la meta de kilos que querían bajar al final de la intervención para ver si la habían logrado.

- Relajación: Que tuvo la finalidad de que aprendieran otra forma de reducir los niveles de ansiedad que les ocasionaba el consumir alimentos de manera inapropiada para su programa de alimentación

- Reforzamiento: Con el cual se pretendía que los pacientes mantengan una motivación con base en reforzadores positivos, que en esta intervención consistieron en aplausos, reconocimiento verbal y premios en la última sesión para los que habían alcanzado su peso meta.

Sierra Murgia (2014) señala que las conductas predominantes en los pacientes con sobrepeso son sedentarismo, sobreingesta, malos horarios de alimentación, exceso en el consumo de carbohidratos y grasas, así como pensamientos negativos asociados al programa de alimentación, a la actividad física y a la capacidad del mismo sujeto para realizar esos cambios, sobre estas conductas es que se deben hacer las intervenciones para modificar y reestructurar para promover un estilo de vida saludable, y con ello la pérdida de peso. Las intervenciones deben estar basadas en principios del aprendizaje, encaminadas a

promover y mantener nuevas conductas saludables, así como a la disminución y eliminación de conductas indeseables. Las técnicas psicológicas más utilizadas en el paciente para los objetivos antes mencionados son (concordando con lo manifestado desarrollado en el párrafo precedente), automonitoreo, control de estímulos, terapia de solución de problemas, manejo de contingencias, reestructuración cognitiva y apoyo social (involucrar a las personas cercanas del paciente) y prevención de recaídas. Los autores proponen la intervención psicológica grupal como un tratamiento que puede ayudar a los pacientes con obesidad a reducir sintomatología y a aumentar la motivación al tratamiento. Los puntos primordiales que deben tener los grupos de apoyo para estos pacientes incluyen varios factores, como los siguientes: Siempre debe reforzarse la buena adhesión al tratamiento, así como los avances que vaya presentando el paciente, por mínimos que éstos sean; se debe brindar información y educación al paciente sobre los cambios conductuales y el desarrollo de estrategias de afrontamiento y resolución de éstos.

En su trabajo Lafuente (2011) señala como intervenciones las siguientes, las que se asemejan a las ya descritas:

- Técnicas de autocontrol: Que incluyen autoobservación, registro de comida y de situaciones desencadenantes, establecimiento de metas realistas a corto largo plazo, control de estímulos (comer sentado, despacio, sin otras actividades, límites y lista de comida, levantarse de la mesa al comer, compra controlada).

- Reestructuración cognitiva propiamente dicha: Conocimiento que el paciente tiene de sus propios pensamientos y emociones, conocer las relaciones de emociones y situaciones de ingesta, detectar pensamientos automáticos negativos irracionales (cuestionar, analizar y cambiar) y sustituir las creencias y suposiciones erróneas por ideas más apropiadas.

- Focos de trabajo: Autoestima, actitud ante las críticas, valoración de las fortalezas, desarrollar el sentido de autoeficacia, imagen corporal y refuerzo de logros, aun siendo pequeños.

- Desarrollo de otras habilidades de manejo de dificultades: Aprender conductas alternativas en vez de comer, estrategias de manejo del estrés y regulación de afectos,

entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, entrenamiento en solución de problemas, además de prevención e interpretación de recaídas.

- Seguimiento y evolución: Trata de la reevaluación y feedback de cambios producidos y mantenidos

Según la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2010) las intervenciones propuestas son:

- Control de estímulos: Se basa en identificar en el ambiente factores obstaculizadores y generar estrategias para abordarlos, por ejemplo evitar restaurantes de comidas rápidas, comer despacio, no saltarse comidas, etc.

- Automonitoreo: Es un registro diario de ingesta, actividad física, emociones, esto implica estar atento. se utiliza como un ida y vuelta y herramienta de aprendizaje. Es un registro detallado de las situaciones en que los comportamientos no saludables ocurren.

- Refuerzo positivo: Se establecen incentivos que no estén en relación con los alimentos cuando se van logrando las metas propuestas.

- Reestructuración cognitiva: Aprender a reconocer y modificar aquellos pensamientos y creencias en relación con el peso. Revisar actitud de autoderrota y pensamientos del todo o nada. Para aquellos individuos que presentan baja autoestima esta técnica puede utilizarse para sustituir pensamientos y afirmaciones negativas y autodestructivas por otras estimulantes o positivas.

- Evitar recaídas: Se ayuda a los pacientes a prevenir recaídas, enseñándoles a identificar los deslices y a aplicar técnicas para evitarlos.

- Resolución de problemas: Entrenar para analizar con mayor eficacia los problemas que pueden llevar a un comportamiento inadecuado o autodestructivo. Evaluar en función de pros y contras.

- Apoyo Social: Apoyo, estímulo emocional y acompañamiento al paciente.

- Afrontamiento del estrés: Tratamiento complementario sugerido cuando el estrés juega un rol importante en las conductas no saludables.

Ravenna (2006) plantea tres intervenciones que se diferencian de las anteriormente mencionadas:

- Asumir la paradoja: Se utilizan la metáfora, la parábola, el mito, la analogía y los relatos personales para que el paciente comprenda algo que, en principio, le cuesta entender.

- Jugar a abogado del diablo: Es una estrategia que proviene de las terapias cognitivas: el terapeuta se coloca en la posición de quien defiende creencias disfuncionales del propio paciente, y así las pone en evidencia.

- Hacer limonada a partir de los limones: Implica ver los problemas como oportunidades para que el paciente se desarrolle; se le ofrece una visión más positiva de sí mismo.

En relación a las intervenciones los autores coinciden en que las que más se adaptan dentro del marco de la terapia cognitivo conductual son automonitoreo, control de estímulos, terapia de solución de problemas, manejo de contingencias, reestructuración cognitiva y apoyo social (involucrar a las personas cercanas del paciente) y prevención de recaídas, estas intervenciones están orientadas, entre otros objetivos a que se cambien los pensamientos negativos o irracionales por pensamientos positivos o racionales.

3.3.3. Estrategias conductuales para no transgredir el programa de alimentación en el contexto de la terapia cognitivo conductual

Con posterioridad a las intervenciones antes descritas, es esperable que los pacientes comiencen a desarrollar estrategias conductuales con la finalidad de no transgredir el programa alimentario, los autores que se citan a continuación las desarrollan debido a que las mismas facilitan el cambio en estilo de vida.

Acorde a la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2010) en las intervenciones los especialistas deberían tender a que los pacientes desarrollen hábitos de ingesta de alimentos que conductualmente los ayuden a tener estrategias cuando están por comer alimentos que no están incluidos en el programa de alimentación, tendiendo a que hagan consciente el acto de alimentarse para tener un mayor registro de la ingesta, siendo el ejemplo de estas:

- Reducir el tamaño de las porciones.
- Elegir porciones individuales.

- Comprar una unidad o preparar en porciones chicas aquellos alimentos de alta densidad calórica.

- Preparar la cantidad justa de alimentos y llevar a la mesa los platos servidos.
- Evitar llevar las fuentes.
- Observar la presentación del plato.
- Hacerlo agradable a la vista.
- Comer despacio, masticar bien y dejar los cubiertos entre bocado y bocado.
- Disfrutar del aroma, textura y gusto del alimento.
- Comer sentado.
- Evitar distractores como la lectura, la computadora o la televisión.

- Aumentar el consumo de líquidos, principalmente agua pura. Evitar bebidas azucaradas porque producirían menores señales de saciedad que las provenientes de alimentos sólidos, resulta más fácil excederse en la ingesta de calorías cuando las bebidas contienen azúcar.

- Recomendar cuatro comidas al día. Se podrán utilizar colaciones o comidas entre horas, en función de la necesidad o ritmo de vida de la persona.

Sierra Mugia (2014) incluye técnicas conductuales para facilitar el cambio en estilo de vida:

- Control de Estímulos: Evitar comprar alimentos no permitidos en el plan de alimentación, tener alimentos saludables preparados en casa, comer en un solo lugar sin realizar otras actividades al mismo tiempo.

- Preparar redes de apoyo: El paciente debe identificar quiénes eran sus redes de apoyo y de qué manera podrían ayudarle para lograr el cambio en su estilo de vida.

- Conductas Incompatibles: Identificar y proponer actividades que el paciente podría llevar a cabo cuando sintiera “ansiedad por comer”.

- Estructurar patrones de alimentación: Planeación de horarios, lugares y tipos de alimentos.

- Identificar ingesta emocional y recreativa: Identificar si la presentaba; en caso afirmativo, realizar un plan de acción con las actividades que se enlistaron anteriormente y probar cómo funcionaban las diferentes alternativas.

- Comenzar rutina de ejercicio: Que el paciente realizara su actividad física preferida y llevara un registro con los días en que la practicaba y el tiempo que le dedicaba. Identificación de pensamientos disfuncionales para el cambio de estilo de vida.

- Automonitoreo: Alimentos, horarios de alimentación, emociones al comer, ejercicio.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo.

4.2. Participantes

Los participantes estuvieron integrados por los pacientes que se encontraban bajo tratamiento por sobrepeso en la clínica que concurrían a las terapias grupales de la clínica y sus coordinadores.

La asistencia de los participantes a los mencionados grupos era diaria, inclusive los fines de semana, y la duración fue de una hora y media cada uno. A dichos grupos terapéuticos concurren habitualmente entre 40 y 50 personas mayores de edad de ambos sexos, en su mayoría mujeres.

El grupo de coordinadores estuvo compuesto por 19 profesionales, los que se fueron alternando en los diferentes grupos, estando en general un médico, un nutricionista y un psicólogo en cada grupo. Los terapeutas tenían formación cognitiva conductual, en su mayoría mujeres y de edad heterogénea. Dentro del grupo de coordinadores estuvo quien es el fundador del Centro Terapéutico donde se realizó la práctica profesional, quien es médico y tiene un papel preponderante.

4.3. Instrumentos

Se realizó una observación no participante en terapias grupales de pacientes bajo tratamiento por sobrepeso.

Asimismo se realizaron entrevistas semi-dirigidas a tres coordinadoras de los grupos, quienes son Licenciadas en Psicología, de formación cognitiva conductual. Se realizaron una entrevista con cada uno de ellos de una duración de 40 minutos aproximadamente. El foco de la entrevista fueron los pensamientos y conductas que perciben en los pacientes previamente a la transgresión del programa alimentario y cuáles son sus intervenciones y seguimiento al paciente con la finalidad de evitarlo, dado que una vez que el paciente transgrede el programa le cuesta mucho volver al mismo, llegando a ausentarse a los grupos, lo que usualmente genera que lo siga transgrediendo.

4.4.Procedimiento

En lo relacionado a las observaciones no participantes de los grupos el material se recopiló a partir de notas que se extrajeron de la asistencia a los mismos durante cuatro meses.

En lo referente a las tres entrevistas con las coordinadoras se grabaron con su consentimiento y luego se desgrabaron para realizar el análisis en función de los objetivos planteados.

5.Desarrollo

5.1.Presentación de la institución

La institución donde se realizó la práctica profesional está orientada al seguimiento y tratamiento de las conductas alimentarias de las personas con sobrepeso, en ese sentido plantea un tratamiento integral que abarca aspectos nutricionales, médicos y psicológicos para los pacientes:

- En el aspecto nutricional se basa en un programa alimentario hipocalórico, de un máximo de 600 a 900 calorías diarias, dependiendo del tratamiento requerido. Con la finalidad de brindar soporte al programa el centro terapéutico les da a los pacientes las viandas ya armadas y pesadas que deberán comer diariamente.

- En el aspecto médico los pacientes cuentan con la posibilidad de realizar consultas relacionadas al tratamiento a los médicos de la institución, además del seguimiento diario y personalizado que los mismos hacen a través de pesajes periódicos.

- En lo relacionado al acompañamiento psicológico la clínica tiene una gran cantidad de días y horarios disponibles de grupos terapéuticos que dan soporte a los pacientes para que no trasgredan el plan alimentario. Dichos grupos son coordinados por un equipo de psicólogos, médicos y nutricionistas. Asimismo se realizan talleres relacionadas a las prácticas de mindfulness y de expresión corporal. Los pacientes están divididos en dos grandes grupos terapéuticos según las etapas del tratamiento: el grupo inicial es el llamado grupo de descenso, en donde se trata todo el recorrido hasta llegar al peso deseado, y el grupo de mantenimiento corresponde a la etapa en la que se trata la cronicidad y la adherencia al tratamiento, un eje fundamental en el método propuesto.

Complementariamente y con la finalidad de estimular la actividad física se ofrece la posibilidad que los pacientes concurran al gimnasio que posee la institución, se los alienta a que vayan dos o tres veces por semana y semanalmente se organiza una rutina de ejercicios aeróbicos en un parque de la ciudad a la que también se los motiva a concurrir.

5.2.Describir los pensamientos y las conductas que los pacientes bajo tratamiento por sobrepeso manifiestan tener previamente a la transgresión del programa de alimentación

En los grupos terapéuticos se realizó una observación no participante y se registraron los pensamientos y las conductas expresadas en el título del presente apartado. Estos grupos permiten a los pacientes distintas interacciones, tanto con otros pacientes como con los coordinadores, y les da la posibilidad de adquirir nuevos hábitos más saludables y poder conocerse más a ellos mismos.

En los mismos se escucharon los relatos que a continuación se detallan, muchos de los que habían presentado recaídas expresaban que previo a eso se habían dado situaciones que ellos definían como problemáticas y que les había generado un desorden en sus vidas, lo que hacía que trasgredieran el programa de alimentación.

En el caso de un paciente que a pesar de estar ya un año en tratamiento, trasgredió el programa de alimentación, expresó: “La semana pasada tuve una semana fatal porque en la casa donde vivo se rompió un caño maestro del agua y el plomero tardó en arreglarlo y estuve toda la semana sin agua, lo que me puso muy nervioso y como no pude venir a los

grupos terminé comiendo. Eso me calmó al inicio, después me sentí mal por haberlo hecho”. Agregó: “Me pone mal haber comido cosas que no debía, porque estar hoy acá con ustedes y ver a otros que si pudieron mantenerse sin comer me hace sentir en falta, siento que estoy en una momento de fragilidad, que algo me desacomodó y perdí el eje y rompí la dieta”. Se intentó a través de la intervención de los coordinadores que pudiera intensificar el conocimiento que tiene de esos patrones de conocimiento, de manera que se puedan analizar los mismos, acorde a lo manifestado por Lafuente (2011) quien manifiesta que este procedimiento es desarrollado en la terapia cognitivo conductual y arroja buenos resultados.

En otro caso una paciente que estaba en el tratamiento hacía dos meses, comentaba: “Yo comía cada vez que me peleaba con mi pareja o con mi mamá, y una amiga que tengo me dijo que cuando eso me pasara, que escribiera como me sentía, que no fuera derecho a comer todo, esto me sirvió porque cuando lo hice después de pasado el momento de enojo se me iban las ganas de comer lo que sea” Este tipo de estrategias sirven para poder evitar trasgredir el programa alimentario, acorde a las conclusiones del experimento realizado por Lopez (1994) en donde se concluye entre otras cosas, que es necesario un autorregistro de la comida y bebida ingerida diariamente, para analizar los distintos parámetros en relación a la conducta de ingesta comida.

En una ocasión una paciente que la semana anterior al comentario que a continuación se desarrolla se la observaba entusiasta, expresó: “Estaba expectante de la llegada de mi marido, quien había estado de viaje fuera del país por dos semanas, durante esas dos semanas me ocupé de mi viniendo acá y de nuestros hijos, que esa semana tuvieron gripe. Cuando llegó no se dio cuenta que había podido bajar dos kilos esa semana y no me dijo nada lindo, me sentí mal y rompí la dieta”. En esta oportunidad los coordinadores intentaron trabajar sobre la interpretación personal de la situación que estaba atravesando la paciente debido a que cada realidad es construida a modo personal (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2011).

En otro momento se hizo mención a la problemática que se da en el núcleo familiar que termina afectando lo emocional en el paciente, en este sentido una paciente que estaba hace cuatro meses y estaba haciendo el tratamiento respetando el programa de

alimentación: “Estaba muy bien y mi papá me dijo que desde que empecé con el tratamiento que estoy con cara de enojada, que me prefería gorda pero con buen humor, eso me angustió mucho y discutí con él, después me sentí muy mal y rompí la dieta, en ese momento la comida funcionó como una anestesia, pero después me enojé conmigo por haberlo hecho”. La coordinadora intentó hacer juntamente con la paciente un análisis de las cogniciones, recuerdos, emociones, verbalizaciones o imágenes que surgen en momento para poder trabajar sobre los afectos y las conductas del sujeto. (Leija-Alva et al., 2011).

Asimismo se escuchó también testimonios relacionados a lo laboral, un paciente que en este caso a diferencia de los demás, se encontraba frente a una situación que lo alegraba comentó: “Estaba de viaje de negocios en el exterior cerrando un contrato muy importante para mi carrera, por suerte fue todo bien y me aceptaron la propuesta, me alegró mucho esa situación y pensé que me merecía festejar por eso decidí darme el gusto y comer cosas que no tenía permitida en mi dieta”. En este caso se hizo una confrontación activa con las propias conductas del paciente y sus creencias de manera que pueda incorporar otras opciones posibles y más adecuadas para sus patrones habituales de conducta (Lafuente, 2011).

En el caso de algunos pacientes que llegaban a lograr una baja considerable de peso se escucharon relatos como el siguiente, que fue realizado por un paciente que había logrado bajar 50 kilos: “Me costó mucho llegar al peso que me había dicho la nutricionista, la verdad que fue un logro haberlo conseguido y a partir de ese momento empecé a sentir que podía comer, que ya lo había logrado y que ya no necesitaba de los grupos, y comí cosas que no tenía que comer, me hace sentir muy mal, me olvidé de todo lo que me costó llegar adonde estaba, siento que perdí un estado mental de positividad, me volví a sentir gorda” En este caso se intentó trabajar sobre la de la motivación. La mayoría de las personas que acuden a tratamientos lo hacen buscando un cambio de imagen motivos de salud, en ese contexto el programa alimentario está cargado de significados inadecuados encontrándose en último lugar la alimentación sana, adecuada y posible (Lafuente, 2011).

En una oportunidad un paciente que visualizó una causalidad entre un estado de malestar emocional y como eso impactaba en él, expresó: “Previamente a que empezara a

comer cosas que no correspondan, tengo un desorden en otro lado, si yo puedo ver ese desorden, puedo tratar de evitar comer, yo engordé porque no tenía orden”.

En otro caso, un paciente atribuyó la problemática de la trasgresión del programa a situaciones que se daban con posterioridad a empezar a comer: “Mi problema es con los límites, yo no tengo un problema antes, yo empiezo a comer y en un momento siento que no puedo parar, es como si la sensación de saciedad yo no la tuviera nunca, me es muy complicado escuchar a mi cuerpo, una vez que entra comida, te olvidas de todo”. Estas expresiones son coincidentes con lo que plantea Ravenna (2006) acerca de que el sobrepeso es un problema de conducta, una adicción o tendencia al exceso de comida. Si la persona puede poner el corte con la comida se reconoce el malestar, con la medida hay equilibrio y sobriedad y con la distancia se logra la objetividad y la lucidez

Asimismo fue interesante escuchar algunas de las intervenciones de los mismos pacientes cuando escuchan a sus compañeros, en una oportunidad un paciente le dijo a una compañera: “si el pensamiento se complica por algo sencillo es porque no estás haciendo bien las cosas, si vos estás bien, entonces no vas a empezar a dar vueltas con la comida” Lafuente (2011) postula que la mayor parte de los enfoques terapéuticos son susceptibles de hacerse tanto en grupo como individualmente, no obstante, la comunicación de experiencias resulta en mejores resultados en tratamientos de grupo.

En uno de los encuentros de los grupos la coordinadora propuso que los pacientes expresaran lo que pensaban previamente a alguna vez que hayan comido de más, siendo las conclusiones coincidentes con lo antes mencionado en los relatos:

- Estoy en un día malo.
- Estoy ansiosa.
- Me lo merezco.
- Porque es mi cumpleaños.
- Me duele el estómago de hambre.
- Como un poco y luego dejo lo que queda, total sé que puedo hacerlo.
- No voy a tirar la comida.
- Hice mucha actividad física.
- Un poquito que coma no hace nada.

En resumen, analizando los distintos relatos surge que previo a la ingesta de alimentos que están fuera del programa alimentario existen situaciones que los movilizan emocionalmente y que les hacen perder el control a los pacientes, dejándolos expuestos a la trasgresión de dicho programa, dado que poseen patrones de alimentación no saludable.

5.3. Indagar acerca de la percepción que tienen los terapeutas coordinadores de grupos de pacientes con sobrepeso, respecto a los pensamientos y las conductas que se presentan en los mismos previamente a la trasgresión del programa de alimentación

Se realizaron entrevistas semi-dirigidas a psicólogos que eran coordinadores de los grupos terapéuticos mencionados en el punto anterior, y se los consultó respecto a lo mencionado en el título del apartado.

En concordancia con lo antes mencionado acerca de las recaídas, los coordinadores manifestaron que hay un momento previo en muchos casos en donde se pueden ver algunas conductas y pensamientos que dejan entrever que el paciente puede trasgredir el programa alimentario, en relación a esto se expresaron.

Una de las psicólogas entrevistadas comentaba: “Es como un pensamiento ritualista lo que aparece en los pacientes, en donde primero tienen una situación problemática, algo que les genere angustia, que los ponga mal, puede ser algo de la vida cotidiana, no necesariamente tiene que ser algo de gravedad, luego les dan ganas de comer, en muchos casos no se dan cuenta que hay una relación entre el momento anterior y este en donde tienen ganas de trasgredir el programa de alimentación para sentir alivio a través de la ingesta de alimentos que no deberían comer. Posteriormente a esto empiezan los roces con la comida para ellos prohibida, este es el momento en donde empiezan a expresar sus pensamientos y tiene conductas en donde uno puede visualizar que existe la posibilidad que coman, un ejemplo de esto fue en una sesión de grupo en donde una paciente empezó a relatar como fue varias veces a la heladera y la abría y la cerraba para ver si funcionaba bien y me decía que cada vez que la abría podía ver una torta que había guardado su hija. Es una actitud y un pensamiento repetitivo y poco funcional a los fines que se describen, en el caso anterior por ejemplo el fin no era revisar el funcionamiento de la heladera, era

comerse un pedazo de torta”. En ese sentido manifestaba que "La idea del tratamiento es cortar con el exceso, con el desborde que tienen, y una manera de hacerlo es lograr que ellos puedan tener conciencia de este tipo de pensamientos y de conductas que tienen y alertarse en esos momentos que necesitan ayuda”, tal como lo expresara Ravenna (2006) que plantea que es necesario un corte con el exceso y si esto no se resuelve es imposible un tratamiento.

Asimismo expresó que: “Otro indicador que se puede presentar es en el salón comedor donde algunos de los pacientes se juntan a cenar, debido a que tienen la opción de llevarse la vianda o comerla ahí con algunos de sus compañeros. Hay oportunidades que voy y veo a algunos pacientes comerla con demasiada velocidad o de forma descuidada, en esos casos a veces les pregunto aparte si les pasa algo, porque puede ser que estén atravesando un momento en el cual puedan recaer”.

Otra de las psicólogas expresó que “Son pensamientos que se instalan en el paciente y muchas veces no puede parar, yo los llamo pensamientos habilitadores. Hay varios indicadores que a mi me dan la pauta que el paciente puede estar en una situación que puede trasgredir el programa”. Agregó “Cuando escucho a algún paciente con un pensamiento infantil, con pensamiento mágico, diciendo que ya puede controlarse en relación a la ingesta de comida, que ya logró su objetivo y que no necesita más o necesita menos de los grupos, en esos casos me alerto respecto a que no sea esto una escena en donde quiere dejar de venir para comer, es importante estar alerta a estos factores porque la posibilidad de recaída en los pacientes es una posibilidad latente”, en coincidencia con lo expresado por Gonzalez et al (2007), quien señala un alto índice de pacientes que recuperan el peso que bajan.

En este caso manifestó: “hay varias afirmaciones que me ponen en alerta por ejemplo cuando les pregunto cómo están en relación al programa alimentario y comienzan a titubear, sin decir si están bien o mal o dicen por ahora bien, todavía no me tenté con nada, en esos casos muchas veces me pasó que con posterioridad a ese titubeo el paciente trasgredió el programa de alimentación. Empiezan a dar vueltas para responder, es como si estuvieran preparando la escena, en ese momento en general suelen tener expresiones del tipo, voy a tratar de cuidarme, y si cuidarse fuera el objetivo uno no trata, se cuida, muchas

veces cuando he escuchado este tipo de frases trato de remarcarles que pueden estar en un momento complicado y que presten atención para no trasgredir el programa. Otra de las cosas que me pone en alerta es cuando empiezo a escuchar en algún paciente que se siente mucho mejor, que todos le dicen que se ve muy bien y que juran que no van a dejar nunca el tratamiento, este tipo de afirmaciones en general vino como precedente de un momento en el cual recaen, es como si ya creerían haber entendido y dominado lo que les pasa en relación a la comida. O cuando tienen el discurso que se van de viaje el fin de semana o van a una fiesta y no saben si se van a poder organizar con la comida, eso es como un anuncio que van a trasgredir el programa”, el tratamiento del sobrepeso está basado en un cambio de estilo de vida, como lo expresara Larrañaga (2007), por eso es que el mismo lleva tiempo y no se resuelve en el corto plazo, que es lo que la alerta a la psicóloga

Agregó que “En los casos de los pacientes, uno de los problemas con los cuales tenemos que trabajar es que no tienen el registro en el cuerpo cuando algo les hace mal, por ahí ellos trasgreden el programa de alimentación por algo que los hizo sentir mal tres días atrás y no pudieron tener el registro de que algo estaba mal, por ejemplo muchos de ellos se ponen ansiosos o se angustian y no se dan cuenta, recién se dan cuenta en el momento en que quieren comer algo que no está permitido para bajar la ansiedad. Es en ese momento en que el paciente no se puede dar el lujo de un primer bocado porque en mi experiencia nunca existe un primer bocado, sin un segundo, un tercero y así hasta llegar a una cantidad que no está permitido, se deben medir las consecuencias en la previa. Yo muchas veces lo he dicho en los grupos, utilizo la metáfora del río y la represa, en donde les digo que tienen que mantenerse como la represa, porque si llegase a tener alguna filtración puede romperse y una vez que se rompe es muy difícil reconstruir todo. Es más fácil quedarse y hacer las cosas bien que tener que estar reparando todo, todo el tiempo”, en este sentido se expresó Larrañaga (2007) quien manifiesta que los pacientes necesitan estímulos constantes de las conductas nuevas aprendidas para que se mantengan a largo plazo.

Consultado a un psicólogo, el mismo expresó: “Cuando hay síntomas hay que ver de dónde viene la intoxicación, muchas veces nos encontramos con pacientes que están atravesando una situación que les resulta problemática y durante toda la vida la han resuelto comiendo y erradicar eso es muy trabajoso. Para eso tenemos que estar disponibles mayormente en esos momentos, debido a que una vez que entró comida, el paciente en

general entra en un estado donde le cuesta mucho salir, muchas veces inclusive dejan de asistir a los grupos”.

En el caso de este psicólogo, expresó que: “cuando escucho que algún paciente está hablando respecto a un problema personal que es del momento, por ejemplo lo que contó un paciente en un grupo hace poco, que estaba muy preocupado porque en el trabajo lo presionaron mucho la última semana, en ese caso se le comentó que esas situaciones les pasan a muchas personas, pero que no todas lo transitan comiendo alimentos que no deben, que tratara de no trasgredir el programa, porque ese momento laboral va a pasar y que la idea es que cuando pase no haya subido de peso, que se enfoque en comer las porciones que corresponden y que respete los distintos horarios de comida sin transgredirlos”, tal como lo expresara Ravenna (2006) que enfatiza la importancia de la medida en las porciones y la distancia entre comidas.

Asimismo comentó: "un factor a tener en cuenta y se da en muchos pacientes, que están transitando sus últimos 5 kilogramos que deben bajar y es ahí donde se presenta la trasgresión al programa alimentario, luego de todo el esfuerzo que hicieron por bajar los kilos que bajaron y faltando tan poco, comen, es como si se auto-boicotearan”.

Además de lo expresado anteriormente por los psicólogos coordinadores de grupos, se los consultó respecto a si cuando detectaban las situaciones anteriormente descritas en los pacientes, les preguntaban si estaban realizando alguna terapia individual, de manera de avisar para darle más soporte al tratamiento y habilitar ese espacio para un abordaje adicional de la temática, a los que respondieron que no, que el tratamiento terapéutico es sólo en el espacio de los grupos.

En resumen, analizando las distintas expresiones de los psicólogos coordinadores de grupos surge que previo a la ingesta de alimentos que están fuera del programa alimentario de los pacientes existen situaciones que los movilizan emocionalmente y que ellos no pueden transitar si no es a través de la comida.

5.4.Describir las intervenciones terapéuticas de los coordinadores de grupos de pacientes con sobrepeso, al momento en que son evidenciados estos pensamientos y conductas en algún paciente, con la finalidad de evitar que los mismos transgredan el programa de alimentación

A través de la observación no participante que se realizó de los grupos terapéuticos que tiene la clínica se pudieron registrar las intervenciones de los profesionales psicólogos y de los médicos y nutricionistas que son coordinadores de grupos al momento en que se visualizaban en los pacientes conductas o pensamientos que hicieran ver que podían transgredir el programa de alimentación, estas intervenciones tuvieron en muchos casos resultados positivos, logrando que el paciente pudiera entender que estaba en un momento en el cual debía de prestar mayor atención al programa porque existía la posibilidad que no lo cumpliera.

En relación a las intervenciones que se realizaron es importante destacar que las mismas se hicieron teniendo en cuenta los lineamientos de la terapia cognitiva conductual, la que demostró ser la más efectiva a los efectos según las experiencias de Alvarado Sánchez et al (2005), quienes hallaron que existía una mayor adherencia al tratamiento de la obesidad y un aumento de la autoestima en los pacientes que recibían este tipo de terapia.

En alusión a lo antes mencionado acerca de las intervenciones de los coordinadores para evitar la trasgresión del programa de alimentación por parte de los pacientes, se observaron las siguientes por parte de los psicólogos:

- Una paciente estaba expresando que iba a ir a un casamiento el fin de semana y que eso la tenía preocupada porque no sabía si iba a poder mantenerse sin transgredir el programa de alimentación debido a que iba a haber un montón de cosas ricas para comer. Se observó una intervención por parte de la psicóloga orientada a que ella pudiera expresar que iba a poder mantenerse sin transgredirlo, de que confíe en ella y que eliminase los pensamientos negativos, que lo iba a hacer como lo había hecho en otras oportunidades, en coincidencia con lo expresado como reestructuración cognitiva en el experimento de Alvarado Sánchez et al (2005). Esto hizo que la paciente a la semana siguiente hablara de

esa fiesta y comentó que logró pasarla sin comer algo que no debiera y confiando en ella en ese momento.

- Un paciente estaba comentando que estaba atravesando una situación laboral que lo tenía muy estresado, que estaba muy ansioso y era en esos momentos en que no se daba cuenta de lo que comía, comentaba que los últimos días no había podido dormir bien y que muchas veces había pensado en comer algo que lo llenara. En ese momento la terapeuta lo invitó, a él y a todo el grupo, a hacer una sesión de Mindfulness con la finalidad que pudiera relajarse y tratar de reducir los niveles de ansiedad que estaba presentando con la finalidad de no estar tan expuesto a trasgredir el programa alimentario, durante media hora se estuvieron haciendo ejercicios de relajación, acorde lo expresado en el experimento de Alvarado Sánchez et al (2005), quienes incluyeron a los ejercicios de relajación como una intervención más en el contexto del tratamiento para pacientes con sobrepeso.

- En oportunidad en que la psicóloga le preguntó a una paciente como estaba con el programa alimentario, si lo estaba llevando bien o lo había trasgredido, la misma empezó a titubear y le comentó que le estaba costando mucho, que para ella era muy difícil no comer algo que le gusta. Fue en ese momento en que la coordinadora le empezó a comentar acerca del mito de Ulises y las sirenas, el mito relata la historia de Ulises que para enfrentarse a un pasaje donde había sirenas les pidió a sus marineros que tapasen sus oídos con cera, que a él lo ataran en el barco y que no le hicieran caso de lo que pudiera decir. Cuando llegaron al lugar donde estaban las sirenas, él sintió el cantar de las sirenas y pudo evitar caer en sus encantos porque estaba sujetado. De esta manera la psicóloga utilizó este mito para, a través de la participación de los pacientes, poder elaborar las conclusiones relacionadas a que el canto de la sirena es ese momento en que sienten que están siendo hechizados por la comida y que lo valioso es poder no caer en esa tentación, asimismo hizo alusión a que Ulises sabiendo de la peligrosidad de las sirenas se preparó, que es lo que tienen que hacer ellos cuando van a alguna fiesta o a algún lugar que saben que van a estar tentados, estar preparados. Esta intervención es coincidente con lo planteado por Ravenna (2006) cuando expresa que una de las intervenciones es asumir la paradoja, en donde a través de la utilización de la metáfora o el mito, el paciente comprende en principio, lo que le cuesta entender.

- Una paciente que estaba comentando que sólo le faltaban tres kilos para poder llegar a su peso y que le costaba mucho, que sentía que el objetivo se le estaba haciendo difícil de cumplir porque sentía que esos tres kilos eran más costos que los 25 que tuvo que bajar. En ese momento el psicólogo le dijo que justamente era ese momento en el que ella debía adquirir fuerza de voluntad para poder controlarse ante diferentes estímulos relacionados con el alimento, en esa línea la intervención siguió y les pidió al resto de los pacientes que les dijeran frases que si estuvieran en ese momento se dirían a ellos mismo, que él las iba a anotar en la pizarra, y aparecieron mensajes: “me costó tanto llegar hasta aca, ¿por qué voy a arruinarla ahora?” o “si bien me merezco comer algo que me guste, no voy a dañar mi cuerpo”, posteriormente le pidió a la paciente que sacar fotos de las frases a la paciente y que las mirara cada vez que sienta que los tres kilos le estaban resultado muy difíciles y que tenía ganas de trasgredir el programa de alimentación. Esta intervención es coincidente con la desarrollada en el experimento de Alvarado Sánchez et al (2005), donde en lo que llaman autocontrol y autoestima propiciaban que los pacientes adquirieran fuerza de voluntad para los momentos en que se sentían mal.

- Un paciente estaba diciendo que estaba viviendo la última semana sin mucho registro, que estaba muy acelerado, tanto en su trabajo, como en su vida cotidiana, debido a que había tenido que estar muy pendiente de temas personales y que tenía miedo de comer sin darse cuenta algo que no debiera, de picotear en modo automático. En ese momento la psicóloga le pidió empezara a tener un registro escrito en un cuaderno, que anote todo lo que comía en el día, la actividad física que hacía y las emociones que iba teniendo, de manera de poder identificar cuáles son los momentos en el que aparecen los hábitos no saludables, en consonancia por lo planteado por la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2010), cuando manifiesta la necesidad del autorregistro.

- En un momento en que una paciente estaba comentando que había discutido con su madre y que muchas veces pensó en comer el psicólogo le pidió que en ese momento empiece a evaluar en función de pros y contras de comer y que hiciera un listado con esas conclusiones para luego hacer lo que sienta, que vea que era lo mejor, si trasgredir el programa o no. En consonancia por lo planteado por la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2010) como resolución de problemas.

- Un paciente estaba diciendo que para él quizás era necesario en algún momento trasgredir el programa, que no lo había hecho, pero que no sería tan grave hacerlo porque eso por ahí lo calmaba del momento en que estaba transitando en otros aspectos de la vida, la psicóloga le dijo que tenía razón, empezó a defender esas creencias disfuncionales del paciente, le dijo que lo mejor era que comiera, así le bajaba el nivel de ansiedad, que eso seguramente lo iba a aliviar, que trasgrediera el programa de alimentación propuesto por la nutricionista, fue luego de unos momentos en que le paciente le comentó que no lo iba a hacer, que lo mejor para su salud era en esos momentos no hacerlo. Esta intervención es la detallada por Ravenna (2006) cuando comenta que a veces hay que hacer de abogado del diablo y defender las creencias disfuncionales para que sea el paciente quien deba aportar una posición distinta.

- Una paciente comentaba que estaba triste porque había terminado una relación de pareja y que eso le daba ganas de comer, en ese momento la psicóloga le comentó que era la oportunidad para que ella se cuidara, que justamente en este momento puede demostrarse a sí misma que puede, que ella es una mujer que tiene que cuidarse y que esta era una posible oportunidad de mostrar eso, en consonancia por lo planteado por la Ravenna (2006) en la intervención relacionada a jugar a hacer limonada de los limones, donde se intenta hacer ver al paciente los problemas como oportunidades para que el paciente se desarrolle, se le ofrece una visión más positiva de sí mismo.

- Una paciente relataba como le costaba hacer el camino desde su casa a su trabajo porque en el trayecto hay un kiosco por el cual pasan y siempre compró golosinas, en este caso se observó que el psicólogo le pidió que si para ellos era un factor de tensión que evitasen pasar por ahí, que hasta que no pudiera tener más control de la situación fuera por otro camino, uno nuevo, que no tenga esa tentación, coincidiendo con lo planteado por la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2010) en lo que llaman control de estímulos.

- Un paciente estaba relatando como le estaba costando comer sólo lo que le daban en las viandas y que cada vez le costaba más y en ese momento la psicóloga le pidió que diariamente le enviara fotos del peso de manera de hacer un seguimiento de su situación y que le comentara brevemente como se sentía en relación a la comida. Hay otras

oportunidades que se les solicita a los demás pacientes que lo incluyan dentro de un grupo de Whatsapp, de manera de poder integrarse en ese momento y sentirse más acompañado y contenido.

En relación a las intervenciones realizadas por los profesionales médicos y nutricionistas que son coordinadores de grupos, para evitar la trasgresión del programa de alimentación por parte de los pacientes, se observaron las siguientes:

- Un paciente estaba relatando que estaba atravesando una separación de quien era su pareja y que eso estaba haciendo que en muchos momentos se angustiara y que tuviera muchas ganas de comer y trasgredir el programa alimentario, que se le estaba haciendo muy difícil el tratamiento y en ese momento un profesional médico lo intentó concientizar de las afecciones y las problemáticas a la salud que trae el sobrepeso, intentando confrontarlo con las consecuencias en su cuerpo en caso que subiera de peso, de manera que hiciera consiente ese aspecto del exceso de peso, poniendo en la escena el conocimiento que su formación le ha dado respecto al cuerpo y a los problemas de salud que se pueden ocasionar. Tal como lo manifestara la OMS (2016) en relación a los graves problemas de salud que puede provocar la obesidad.

- En una oportunidad una paciente estaba relatando que tenía muchos problemas personales, que se había distanciado de su familia porque tenía muchas discusiones, en ese momento la profesional nutricionista le explicó que tiene que pensar en el programa de alimentación que se le armó para que pudiera bajar de peso, que tiene que seguir con la dieta hipocalórica porque le hace bien a su cuerpo y que estaba atravesando la acidosis, que no discontinuara el programa, explayándose respecto a que el mismo estaba diseñado para ella personalmente y que era muy importante para su cuerpo. Estas recomendaciones de la nutricionista son coincidentes con lo planteado por Cuevas y Reyes (2005) quien determina como uno de los pilares del tratamiento el programa de alimentación.

En resumen, analizando las distintas intervenciones de los coordinadores de grupo antes descritas surge que las mismas fueron efectivas en muchos casos logrando que el paciente no trasgrediera el programa de alimentación, dando cuenta que es muy importante poder visualizar cuando el mismo comienza a tener pensamientos o conductas que implican una eventual trasgresión del programa de alimentación, porque es ese el momento en el

cual se debe intervenir, de manera de poder brindarle al paciente la ayuda necesaria, que en muchos casos dio resultado. Asimismo se puede observar como cada profesional coordinador realiza las intervenciones teniendo como base los conocimientos desde los cuales fue formado por su formación de grado, además de la capacitación obtenida en terapias cognitivo conductual.

5.5.Describir las estrategias que los pacientes bajo tratamiento por sobrepeso manifiestan tener con la finalidad de evitar transgredir el programa de alimentación al momento en que perciben estos pensamientos y conductas

A través de la observación no participante que se realizó de los grupos terapéuticos que tiene la clínica se pudieron registrar las estrategias que llevan adelante los pacientes orientadas a evitar trasgredir el programa de alimentación en la vida diaria. Estas estrategias muchas veces surgen de las intervenciones que realizan los coordinadores de grupos o de charlas con otros pacientes que les fueron resultando.

Estas estrategias posibilitan que el paciente pueda cambiar su estilo de vida. Y son tendientes a que hagan consiente el acto de alimentarse, tal como lo manifestara la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2010) y Sierra Murgia (2014) , algunas de las que comentaron los pacientes estas fueron:

- Tener en su casa sólo alimentos saludables, de manera de controlar los estímulos que provocaría abrir la alacena o la heladera y encontrarse con alimentos que no deben ingerir, tal como lo expresara Sierra Murgia (2014) en relación a que en el tratamiento se debe disminuir la ingesta calórica, así como el consumo de grasas.

- Preparar redes de apoyo, por ejemplo un amigo o un familiar que sepa que está en tratamiento y llamarlo cuando está muy urgido por comer algo, de manera de pasar ese momento de apuro. Esta red de apoyo en muchos casos estaba conformada por compañeros de la clínica, debido a que en muchos casos forman parte de grupos de whatsapp, tal como lo desarrolló una de las psicólogas entrevistadas en el presente trabajo de investigación.

- Identificar actividades que les gusta hacer, como podría ser ir al cine, escuchar música, salir a caminar o correr, con la finalidad que cuando estén en un momento en que

quieran trasgredir el programa vayan a hacer eso que les gusta y les posibilite salir de la escena.

- Estructurar los horarios de alimentación y no salirse del plan, no empezar a picotear, arrancar el día sabiendo como van a ser las cuatro comidas, en lo posible tener las viandas armadas, en coincidencia con lo expresado por Ravenna (2006) quien manifestó que es muy importante la distancia entre las comidas.

En relación a lo que hace específicamente al momento de comer, los pacientes comentaron que hay pequeñas estrategias que utilizan para poder estar mejor en ese momento, como son:

- Reducir el tamaño de las porciones, como lo expresara Ravenna (2006) en uno de los pilares de los que para él es el tratamiento que es la medida de la Proción.

- Elegir porciones individuales.

- Comprar una unidad o preparar en porciones chicas aquellos alimentos de alta densidad calórica.

- Preparar la cantidad justa de alimentos y llevar a la mesa los platos servidos.

- Evitar llevar las fuentes.

- Hacer el plato agradable a la vista, disfrutar del aroma, textura y gusto del alimento.

- Comer despacio, masticar bien y dejar los cubiertos entre bocado y bocado.

- Comer sentado.

- Evitar distractores como la lectura, la computadora o la televisión, de manera de tener registro de lo que se está comiendo y la cantidad

- Aumentar el consumo de líquidos, principalmente agua pura. Evitar bebidas azucaradas porque producirían menores señales de saciedad que las provenientes de alimentos sólidos, resulta más fácil excederse en la ingesta de calorías cuando las bebidas contienen azúcar.

En resumen, todas estas estrategias que fueron comentadas por los pacientes y que son coincidentes por lo desarrollado por la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2010) y por Sierra Mugia (2014) son útiles como soporte en su vida

cotidiana a los fines de evitar trasgredir el programa de alimentación, en muchos casos han logrado tener éxito y evitaron la recaída.

6.Conclusiones

6.1.Resumen del desarrollo

El aumento de la obesidad a nivel social en los últimos años ha sido muy grande, llegando a ser considerada por la Organización Mundial de la Salud (2016) como una epidemia en aumento. Es una afección que tiene consecuencias muy graves para la salud, entre las que se encuentran patologías como la hipertensión, la diabetes, problemas cardiovasculares, trastornos del aparato locomotor y hasta ciertos tipos de cáncer como los gastrointestinales, de próstata y de mama. En la actualidad, el desarrollo de la misma se ha visto facilitado a través del acceso y disponibilidad de productos alimenticios procesados e hipercalóricos, sumado a la poca actividad física y sedentarismo, dando como resultado una cultura que favorece conductas que llevan al sobrepeso y la obesidad.

En relación a lo antes mencionado se hizo un trabajo de investigación desarrollado en el marco de prácticas profesionales en donde se realizó un abordaje de esta temática. El mismo estuvo centrado en las conductas y los pensamientos que se presentan en los pacientes bajo tratamiento por sobrepeso previamente a la trasgresión del programa de alimentación. A través de la observación no participante de grupos terapéuticos se ha podido concluir que en algunos pacientes, previo a la ingesta de alimentos que están fuera del programa alimentario, existen situaciones que los movilizan emocionalmente y que le hacen perder el control y eso es un factor a atender, dado que los pacientes en cuestión poseen patrones de alimentación no saludable y puede intentar calmar ese malestar recurriendo a la ingesta de comida no permitida.

Se hace necesario que el paciente tenga un registro de ese malestar antes mencionado en el momento en que le está pasando de manera de poder evitar la ingesta de alimentos no incluidos en el programa, es para esto, entre otros objetivos, que se realizan los grupos terapéuticos dentro de la clínica. Asimismo es importante focalizar también en que se adquieran nuevos hábitos más saludables, que incluyan una buena alimentación y el

ejercicio físico, en consonancia por lo planteado por Lafuente (2011) y por Sierra Murgia (2014).

De las entrevistas que se les hicieron a los psicólogos que son coordinadores también se pudo apreciar lo antes mencionado, ellos manifestaron que hay momentos en que pueden escuchar a un paciente que está en riesgo y que es necesaria una intervención para intentar evitar la recaída, que son relatos repetitivos y al detectarlos intentan estar disponibles.

Estas intervenciones que mencionan en la párrafo precedente se dan en el marco de la terapia cognitivo conductual y en concordancia con los experiencias de Alvarado Sánchez et al. (2005) y están dirigidas a cambiar conductas, en muchos casos que se analizaron en el presente trabajo fueron efectivas, logrando que el paciente no trasgrediera el programa de alimentación, dando cuenta que es muy importante poder visualizar el momento en el cual se debe intervenir, de manera de poder brindarle al paciente la ayuda necesaria. Asimismo se pudo observar como estas intervenciones, que se realizan en el marco de la terapia antes descrita, a su vez están influenciadas por la formación de grado de quien las lleva adelante.

Estas intervenciones además de brindar soporte en ese momento al paciente generan cambios en la forma en que llevaban su vida cotidiana debido a que debido a que ellos manifestaban que empezaban a tener estrategias tendientes a adquirir hábitos más saludables.

6.2.Limitaciones

La principal limitación en el presente trabajo fue la no existencia de una articulación relacionada a que se realice el seguimiento de un paciente desde que ingresa a la clínica en la admisión, de cuando pasa por el grupo de descenso y como luego va al grupo de mantenimiento debido a que los tiempos del tratamiento de cada paciente no son posibles de medir. No obstante se podría organizar de manera que se vea un paciente desde que se hace la admisión y luego como va participando en los grupos de descenso, y a la vez seleccionar pacientes que estén en el grupo de descenso con posibilidades en el corto plazo de pasar a mantenimiento, para ver como es la inserción en el nuevo grupo y con los nuevos objetivos terapéuticos.

Asimismo hubiese sido de mucha utilidad la posibilidad de acceder a los informes y la historia clínica que se poseen de estos paciente seleccionados para poder hacer un análisis de lo que se ve periódicamente de los mismos, de como es el seguimiento clínico y nutricional para escuchar cuáles son sus consultas y sus inquietudes, de manera de interiorizarnos respecto a como estas son trabajadas en el marco de las terapias grupales que hacen en la clínica.

Otra limitación estuvo dada porque no se tuvo en cuenta la posibilidad de ser incluidos al momento en que se hacían reuniones de equipo entre los terapeutas, los nutricionistas y los médicos clínicos, en donde se definen las formas de continuar con el tratamiento de los pacientes. Eso hubiese sido muy enriquecedor porque hubiese permitido escuchar las distintas intervenciones que se plantean.

6.3.Perspectiva crítica

En la clínica en donde se desarrolló el presente trabajo de investigación, el tratamiento es llevado adelante en forma multidisciplinar, participando médicos, nutricionistas y psicólogos. Esta participación de los profesionales se da a través de la interacción individual con el paciente en los controles periódicos por parte de los médicos y las nutricionistas y en un formato grupal, que es donde interactúan las tres disciplinas compartiendo la coordinación de grupos terapéuticos.

En el marco de los grupos antes enunciados, es donde se dan las intervenciones que están enfocadas, entre otros objetivos, a una reconstrucción cognitiva, a hacerle sentir al paciente que si puede lograrlo esta vez. En este sentido sería bueno poder darle mayor preponderancia al profesional psicólogo en el armado de estrategias, con la finalidad de que las intervenciones que se practiquen en los pacientes sean más consensuadas y más vinculadas a una formación profesional relacionada al campo de la psicología, que es el ámbito desde el cual se estudian las mismas.

Dentro del funcionamiento de los grupos terapéuticos se pudo observar lo antes mencionado y la diferencia con las intervenciones que provenían de parte de profesionales de la medicina o la nutrición. Estas intervenciones, regularmente, estaban sesgadas por su formación de grado, lo que hacía que por momentos intentaran explicarle al paciente las

complicaciones que el sobrepeso trae en la salud (en el caso de los médicos) o las ventajas de un plan alimentario desarrollado de manera personalizada (en el caso de las nutricionistas), siendo que en ese momento el paciente estaba atravesando una situación que lo movilizaba emocionalmente y que posiblemente la misma, sería más efectiva si está dirigida por el profesional psicólogo o si hay una estrategia preconcebida armada interdisciplinariamente con una mayor preponderancia del profesional psicólogo.

Finalmente, sería importante incluir dentro de las acciones que se realizan en los pacientes cuando tienen signos que podrían hacer pensar en la posibilidad que trasgredieran el programa alimentario, la posibilidad de darle aviso al psicólogo individual (en el caso que lo tenga). Se entiende que también sería un recurso válido, más allá de la intervención en el grupo, para que esos signos detectados tengan su correlato en la terapia individual de manera de que tenga otro espacio adicional de análisis respecto a lo que le puede estar pasando a la persona.

6.4. Aporte personal

En el marco de una enfermedad como la obesidad, el abordaje multidisciplinar y la terapia de grupo surge como uno de los elementos indispensables en el tratamiento, como lo expresara Sierra Murgia (2014). El encuentro terapéutico grupal brinda a los pacientes con sobrepeso un espacio para trabajar sobre aquellas consecuencias que les genera esta afección en la vida cotidiana y sobre su salud, de poder hablarlas y escuchar a personas que atraviesan situaciones parecidas.

Es en este sentido que los profesionales coordinadores de los grupos opinan que es muy importante la asistencia diaria, más en los momentos en que se detectan que no están ordenados y que pueden trasgredir el programa de alimentación. Los pacientes que han logrado mayor éxito en el tratamiento han sido los que han concurrido más veces y a la vez han sabido cuando necesitaban mayor ayuda porque estaban desorganizados y podían recaer. Al conocer los detalles de los encuentros grupales y de las intervenciones que llevaban adelante los psicólogos se pudo observar una serie de elementos que convierten a este dispositivo en un aspecto determinante en el tratamiento.

Tanto de la bibliografía consultada, como del relato de los profesionales que integran el equipo interdisciplinario de la clínica, se desprende que el objetivo de la terapia grupal y de sus intervenciones, está dirigido a la búsqueda de un cambio de comportamiento, como lo manifiesta Larrañaga (2007) quien sostiene que el tratamiento más eficaz es el cambio de estilo de vida. Es decir, que el paciente logre adquirir nuevos hábitos saludables que le permitan vivir mejor y más saludablemente. Para esto es que los pacientes asisten a los grupos terapéuticos, para escuchar a personas que estén en las mismas situaciones y que generen vínculos con personas que los ayuden a estar motivados para continuar y para que los coordinadores puedan escucharlos y saber cuando es necesaria una intervención de manera de poder ayudarlos a no trasgredir el programa, debido a que esto es vivido como una situación angustiante por el paciente una vez que lo hizo.

Concretamente la terapia de grupo posibilita las intervenciones de los coordinadores, que les brindan el soporte para que los pacientes se sientan más contenidos, en consonancia con lo planteado por Sierra Murgia (2014) quien expresa que la intervención en las terapias de grupo ayudan al paciente y aumentan su motivación. Todo este dispositivo se pone al servicio de la producción de un proceso que se va a dar con el tiempo en la persona, que genera un quiebre en la conducta repetida que lo llevó al sobrepeso, para que, finalmente y gracias al reaprendizaje, el individuo incorpore, de forma permanente en su vida, una nueva manera de alimentarse.

En cuanto a las futuras investigaciones, sería interesante profundizar los estudios de la terapia grupal y las intervenciones terapéuticas que se dan en el marco de la misma, especialmente las desarrolladas en el presente trabajo de investigación que demostraron ser efectivas en los casos que se detallaron. Asimismo, investigar más en detalle la eficacia de las distintas intervenciones enunciadas en el presente trabajo en el ámbito local, de manera de poder adaptarlas a la idiosincrasia del lugar, y en el caso de ser necesario desarrollar nuevas que se adapten mejor y que arrojen mejores resultados.

7.Referencias bibliográficas

- Alvarado Sánchez, A. M.; Guzmán Benavides, E. & González Ramírez, M. T. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 417-428.
- Amzallag, W. (2000). De perder peso, al control del peso. *Revista cubana de investigaciones biomédicas*, 19(2), 98-115.
- Bautista-Castaño, I., Molina-Cabrillana, J., Montoya-Alonso, J. A. & Serra-Majem, L. (2004). Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of Spanish subjects. *International Journal of Obesity*, 28, 697–705.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: Aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 537-546.
- Brosens, C., Terrasa, S., Ventriglia, I., & Discacciatti, V. (2015). Factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento de la obesidad en un dispositivo grupal: estudio exploratorio. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 12(2), 13-20.
- Cormillot, A. (2008). *El sistema C para adelgazar*. Buenos Aires: Grupo RCA.
- 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), 712-722.
- Garay, C., Keegan, E. & Korman, G. (2008). Terapia Cognitivo Conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 12, 61-72.
- González, L. I., Giraldo, N. A., Estrada, A., Muñoz, A. L., Mesa, E., & Herrera, C. M. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Revista chilena de nutrición*, 34(1), 46-54
- Lafuente, M.D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 14, 1490-1504.
- Larrañaga, A., & García Mayor, R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina Clínica*, 129(10), 387-391.

- Leija-Alva, G., Aguilera-Sosa, V.R., Lara-Padilla, E., Rodríguez-Choreño, J.D., Trejo-Martínez, J.I. & López de la Rosa, M.R. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 19-28
- López Torrecillas, F. & Godoy García, J.F. (1994). Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad. *Psicothema*, 6(3), 333-345.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Obesidad y Sobrepeso*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ravenna, M. (2006). *Una delgada línea entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Ravenna, M. (2016). *La Telaraña adictiva ¿Quién come a quién?*. Buenos Aires: Ravenna.
- Rodríguez Biglieri, R & Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Setién A. & Escalante C. (2010). *La obesidad y sus complicaciones*. Cantabria: Universidad de Cantabria.
- Sierra Murguía, M.; Vite Sierra, A. & Torres Tamayo, M. (2014). Intervención Cognitivo-Conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Acta colombiana de Psicología*, 17(1), 25-34.
- Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2010). *Guía práctica para el manejo de la obesidad en el adulto*. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000302cnt-2013-11_gpc_obesidad-2013.pdf