UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencia Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Las emociones negativas que suscitan el comer en pacientes con obesidad y la utilización del *mindfulness* y de la terapia grupal para su modificación

Alumna: Loza, Florencia Inés

Tutor: Claudia Garber

Índice

1. Introducción 4
2. Objetivos 5
2.1. Objetivo general 5
2.2. Objetivos específicos 5
3. Marco Teórico 6
3.1. Concepto de obesidad 6
3.1.1. Breve aproximación histórica al problema de la obesidad 6
3.1.2. Definición de Obesidad 7
3.1.3. Causas de la Obesidad 8
3.1.4. Consecuencias de la Obesidad 12
3.2. Las emociones 14
3.2.1. Emociones negativas e ingesta compulsiva 15
3.3. Intervenciones en el tratamiento de la obesidad 17
3.3.1. Terapia cognitiva-conductual 17
3.3.2. Terapia grupal 18
3.3.3. Mindfulness eating 19
4. Metodología 22
4.1. Tipo de estudio 22
4.2. Participantes 22
4.3. Instrumentos 22
4.4. Procedimiento 22
5. Desarrollo 24
5.1. Descripción de la institución 24
5.2. Relación entre las emociones negativas presentes en los pacientes con obesidad y la ingesta excesiva de alimentos 25
5.3.La utilización del mindfulness eating como herramienta terapéutica en el tratamiento de la obesidad 28

5.4. La utilización de la terapia grupal para modificar las emociones negativas que suscitan el comer 33
6. Conclusiones 35
6.1. Síntesis de los objetivos 35
6.2. Limitaciones 37
6.3. Perspectiva Crítica 38
6.4. Aporte personal 39

7. Referencia bibliográfica 41
8. Anexo 46

1. Introducción

El siguiente Trabajo Final Integrador (TFI) surge como una integración de 285 horas correspondiente a la Práctica y Habilitación Profesional de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo que se realizó en uno de los centros terapéuticos dedicado al tratamiento de la obesidad y otros desórdenes alimentarios, ubicado en la ciudad de Buenos Aires.

Dicha institución tiene como objetivo principal modificar aquellos hábitos nocivos relacionados con la comida a partir de la toma de conciencia por parte de los pacientes de límites y excesos en su conducta.

El abordaje utilizado en este centro es de carácter interdisciplinario en pos de, por un lado, lograr que los pacientes puedan disminuir su peso y, por otro, mejorar su calidad de vida al disminuir el riesgo de enfermedades asociadas, tanto en niños y adolescentes, como en adultos. Para ello, el método brinda planes nutricionales personalizados, rutinas de ejercicio, actividad física y educación alimentaria a través de tratamientos individuales o grupales. Todos los programas están basados sobre el concepto de corte, medida y distancia con la comida a partir de la detección de los vínculos adictivos con determinados alimentos.

A partir de la observación de las terapias grupales llevadas a cabo en este centro y de la realización de encuestas a los pacientes, se buscó describir las emociones negativas que suscitan el comer en pacientes con obesidad. A su vez, se analizó la utilización de la terapia grupal y más específicamente del *mindfulness* en el tratamiento de dichas emociones para posibilitar que el paciente pueda controlar su peso.

La temática fue elegida en base al interés que causa en la pasante los trastornos de la conducta alimentaria, más específicamente la obesidad, para enriquecer los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera y el manejo del tratamiento en dicha patología.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Observar la presencia de emociones negativas en pacientes con obesidad y analizar la utilización de la terapia grupal y de la técnica de *mindfulness* para reducir la incidencia de dichas emociones en sus hábitos alimenticios.

2.2. Objetivos específicos

1. Describir la presencia de las emociones negativas que suscitan el comer en pacientes con obesidad.
2. Describir la utilización del Mindfulness para modificar las emociones que llevan al paciente a comer en exceso .
3. Describir la utilización de la terapia grupal para modificar las emociones negativas que suscitan el comer.

3. Marco teórico

3.1. Concepto de obesidad

3.1.1. Breve aproximación histórica al problema de la obesidad

Desde tiempos remotos, el hombre ha mantenido una estrecha relación entre medio ambiente, alimentación y evolución humana. En la Prehistoria, la lucha por la supervivencia en tiempos de escasez de alimentos llevó a asociar la acumulación de grasa en el cuerpo con mayores posibilidades de sobrevida. Es por esto que muchas de las primeras estatuillas antropomórficas creadas representaban figuras femeninas voluminosas como símbolo de fecundidad (Mario Foz, 2004).

No obstante, ya en tiempos históricos, el sobrepeso no siempre fue considerado como un sinónimo de salud; por el contrario, fue durante períodos más bien limitados.

En la Edad Antigua, especialmente en Grecia y Roma, la obesidad fue asociada con la disminución de esperanza de vida. Hipócrates, considerado como uno de los padres de la

medicina occidental, señalaba en sus *Aforismos* que “los que son excesivamente gordos por naturaleza están más expuestos que los delgados a una muerte repentina” y que “las que no conciben por estar excesivamente gordas no quedan embarazadas antes de haber adelgazado” (Mario Foz, 2004).

Galeno, médico romano, creía que la obesidad se producía por una degeneración en el proceso digestivo que producía que el cuerpo se llenara de agua. Por esto, su tratamiento consistía en purgas y sangrados.

Si bien en la Edad Antigua ya era considerada un problema de salud, la obesidad no era valorada en términos estéticos como desagradable siempre que acompañara en forma armoniosa al desarrollo intelectual y espiritual. Es por esto que las esculturas griegas suelen representar personas proporcionadas, sin llegar a los extremos de la delgadez o de la gordura.

Más adelante, en la Edad Media, los estragos de las guerras y la falta de alimentos, salvo para quienes pertenecían a estratos elevados de la sociedad feudal, llevaron a relacionar al sobrepeso con buena salud, fuerza y poder. Sin embargo, entre el siglo X y XI, el médico, filósofo y matemático Avicena relacionó la obesidad con problemas de movilidad, respiratorios, infertilidad y muerte súbita, recomendando para tratarla la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento de ejercicio físico (Puerto Sarmiento, 2014).

En períodos posteriores, diversos tratamientos buscaron controlar la obesidad y el sobrepeso, desde la toma de vinagre y ácidos en el siglo XVII hasta las dietas hipocalóricas en tiempos modernos.

A mediados del siglo XX, la obesidad fue asociada con enfermedades metabólicas y cardíacas y su implicancia estética, en tiempos en que la moda femenina empezó un cambio a partir de la popularización de los trajes de baño y de vestimenta que mostraba con mayor libertad el cuerpo de la mujer, produjo burla y rechazo, especialmente hacia las mujeres con sobrepeso (Puerto Sarmiento, 2014).

3.1.2. Definición de obesidad

Al igual que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) , la Sociedad Argentina de Nutrición (SAN, 2018) considera que la obesidad constituye una acumulación excesiva de grasa que puede tener implicancias perjudiciales para la salud y, diagnostica el cuadro de obesidad en ´´aquella persona que presenta un sobrepeso mayor del 20% sobre el peso ideal, de acuerdo a los parámetros estimados por la institución, organizados por sexo, edad y talla.

En adultos, se considera obesa una persona cuyo índice de masa corporal (IMC) sea igual o superior a 30. El IMC, también llamado *Índice de Quetelet*, representa la relación entre el peso (en kg) y la talla de la persona, y determina el grado de obesidad en pos de obtener un índice de riesgo para la salud.

Los alcances de la obesidad como enfermedad son cada vez mayores, y su rápida expansión a lo largo del planeta le otorgó el carácter de pandemia. Desde 1975, la prevalencia mundial de la obesidad se ha triplicado, y en 2016, 2,8 millones de personas morían por año por causa de la obesidad y el sobrepeso (OMS, 2018).

3.1.3. Causas de la obesidad

Tanto la OMS (2018), como Bersh (2006), consideran como causa fundamental de obesidad la presencia de un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y gastadas. Si bien los hábitos alimentarios resultan de vital importancia para comprender las causas de la obesidad, existe cierto consenso en considerar un origen multifactorial, es decir, los factores genéticos, metabólicos y conductuales son los más determinantes.

En concordancia con lo expuesto, Moreno (2012) y Camacho (2005), señalan que, entre los múltiples factores que pueden provocar obesidad, se considera como uno de los más relevantes a la ingesta de alimentos ricos en grasas, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, servidos en porciones de gran tamaño, siendo que muchos de ellos poseen un componente aditivo que inciden en el problema de la obesidad. Asimismo, indica como otro de los factores fundamentales a la disminución de la actividad física producida por un estilo de vida sedentario a causa de la mayor

automatización de las actividades laborales, los nuevos métodos de transporte y del crecimiento de la vida urbana.

Por su parte, el Ministerio de Salud de la Nación (2019), respecto de la alimentación, los datos de consumo en nuestro país confirman que el patrón alimentario se encuentra lejos de las recomendaciones brindadas por las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), cuyos resultados muestran hábitos aún menos saludables en niños que en adultos. De tal manera,´´ se observa que los niños, niñas y adolescentes consumen un 40 % más de bebidas azucaradas, el doble de productos de pastelería y galletitas dulces, el doble de *snacks* y productos de copetín, y el triple de golosinas en comparación con los adultos´´

A su vez, cabe señalar que, de acuerdo con este estudio, el patrón alimentario es menos saludable en los grupos sociales en situación de mayor vulnerabilidad –es decir, aquellos pertenecientes a los dos quintiles más bajos–; ellos consumen la mitad de las frutas, un 40 % menos de lácteos y más del doble de bebidas azucaradas, el doble de productos de copetín, que las personas de los dos quintiles más altos.

Temporelli y Viego (2015) señalan que un bajo nivel de ingreso económico podría favorecer el consumo de alimentos ricos en grasas y carbohidratos debido a su menor precio respecto de alimentos más saludables, y poseen mayor poder de saciedad.

Un mayor ingreso puede aumentar la calidad de los alimentos consumidos tanto dentro como fuera del hogar, y puede afectar a su vez la asignación del tiempo entre el trabajo y recreación: si las calorías gastadas en el trabajo difieren de las gastadas en las actividades extralaborables, el peso tiende a modificarse (Temporelli y Viego, 2015).

Por otra parte, en el marco de un abordaje multifactorial de las causas de obesidad, resulta de interés lo expuesto por Bersh (2006), quien estudia los aspectos metabólicos de la obesidad. Este autor indica que dichos aspectos metabólicos refieren al conjunto de factores fisiológicos, bioquímicos, clínicos y metabólicos que conllevan un aumento del riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus tipo 2 y fallecer por ello. Estos factores se resumen en resistencia a la insulina, exceso de grasa abdominal, disfunción endotelial, susceptibilidad genética, estrés crónico, entre otras, Ministerio de Salud de la Nación (2014).

Con respecto a los factores genéticos, se estima que hay entre un 30 % y 40 % de probabilidades de que un individuo sea obeso a causa de los genes; el resto se debe a influencias ambientales o interacciones genes-ambiente (Delbono y Chaftare, 2009).

En contraposicion, Rojas Jiménez, Lopera Valle y Cardona Vélez (2013) señalan que estudios realizados en gemelos han demostrado que el índice de heredabilidad de la obesidad es de aproximadamente un 40 a 70 %, lo que proporcionaría un indicio de cómo el desarrollo de la obesidad podría estar fuertemente influenciado por los genes.

No obstante, Ravenna (2016) considera que la genética tiene actualmente menor relevancia al momento de evaluar las causas de obesidad en pacientes, ya que constituye un factor fijo y más fácil de tratar, a diferencia del sedentarismo, el cual se ve estimulado en gran medida a partir de los avances tecnológicos y los cambios culturales. También aumentó la hiperingesta debido a la oferta hiperabundante de alimentos y a que la industria de la alimentación trabaja voluntaria o involuntariamente junto con los laboratorios de medicina para que se perpetúen en la población determinadas patologías. Si a esto se le suma el estilo de vida acelerado en el que se vive, la falta de tiempo y de sueño, el aumento de conflictos emocionales y el estrés crónico producido por la imposibilidad de descargar adecuadamente los sentimientos, pensamientos y sensaciones, se obtiene un resultado muy poco saludable y de complejo tratamiento.

Con respecto al factor conductual en la obesidad, Tamayo y Restrepo (2014), indican que debido a la escasez de tiempo por la demanda laboral, las sociedades se encuentran invadidas por una ´´solución´´ que lleva al consumidor a elegir comida rápida ya que, hablando en términos de tiempos, poco afecta a lo laboral.

El estrés laboral, ha traído la disminución del tiempo de sueño, lo que promueve una mayor ingesta de alimentos y una reducción del gasto de energía en cuanto a la realización de actividad física lo que conlleva a la acumulacion de grasa en el cuerpo. Y por último, el desarrollo tecnológico que conlleva al sedentarismo.

Por otro lado, Bersh (2006) indica que, al restringir de manera voluntaria la ingesta de alimentos, se sustituyen los controles fisiológicos de manera arbitraria por un control

cognitivo., este control tiende a fallar por la presión fisiológica (del hambre), ya que comer es un comportamiento automático-incontrolable e inconsciente, lo que implica que esta conducta pueda ser temporalmente controlada a voluntad. Quienes tienden a controlar sus ingestas, es probable que fracasen, pues el control de un comportamiento automático requiere muchos recursos. Los individuos son inconscientes de la entrada de estímulos que evoca la respuesta y la conducta en sí.

Desde el punto de vista biológico, Camacho (2005) señala que el modelo homeostático de obesidad integra básicamente al sistema nervioso, intestinos y tejido adiposo, los cuales controlan el apetito, gasto energético basal, oxidación de sustratos, actividad muscular, entre otras funciones. De acuerdo con este autor, las personas con obesidad tienen desventajas biológicas en corregir un balance energético positivo en uno o varios puntos de este control fisiológico. Se ha comprobado que una tasa metabólica basal, baja ese factor de riesgo para la obesidad, y que sujetos obesos tienen menor capacidad oxidativa de grasa. Camacho introduce en su análisis la teoría del *set point,* la cual sostiene que el cuerpo tiene una predisposición a tener un peso corporal relativamente fijo. Si en algún momento ese peso corporal se desvía del punto fijo, el cuerpo mediante mecanismos metabólicos logra volver al punto teórico. Así, la influencia de los agentes obesogénicos ambientales y cognitivos de la persona sobre su sistema biológico –el cual regula el peso corporal– podría sobrepasar la capacidad de este sistema para mantener el peso corporal considerado "normal" estable, llevando al individuo a un peso corporal alterado o de sobrepeso, lo cual explicaría el llamado *efecto rebote* observado en algunas personas luego de realizar una dieta o tratamiento (Camacho, 2003).

Con respecto a los factores psicológicos, se indica que la obesidad se encuentra asociada a varios factores, entre los cuales se encuentra la impulsividad, considerado el predictor más fuerte de la obesidad y, para mantener un peso saludable, es necesario que se siga una dieta balanceada y un programa de actividad física constante, lo cual es algo difícil en individuos impulsivos.

Otro de los factores, es el estrés crónico en el cual se incrementa el apetito hacia alimentos poco saludables. La sobre-ingesta no es la única conducta asociada al estrés, una persona

estresada pierde el sueño, no realiza actividad física y consume mayor cantidad de alcohol lo que conlleva al aumento de peso.

El tercer factor, es la ingesta emocional, comer como manera de atenuar las emociones negativas como el miedo, el aburrimiento, la tristeza y la soledad. Tanto los eventos importantes como los problemas cotidianos pueden desencadenar emociones negativas que conducen a la ingesta emocional.

La depresión como otro factor emocional que aparece debido a que la obesidad es un trastorno que genera ridiculización y condena a sus víctimas por la actitud negativa social.

No existe una causa psicológica primaria en la génesis de la obesidad, sino que se trata de la combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores como la herencia genética y el sedentarismo (Tamayo & Restrepo, 2014).

Tanto los eventos importantes de la vida como problemas cotidianos pueden desencadenar emociones negativas que conducen a la ingesta emocional (Diego Tamayo y Mauricio Restrepo, 2014).

Al respecto, Rodin (1992) y Guzman Saldaña et al (2010), sostienen que las personas con obesidad tienden a consumir para protegerse de la baja autoestima, la expectativa de fracaso y los riesgos de afrontar el trabajo, el estudio, la vida social y afectiva, pero, como todo mal hábito, tiene sus consecuencias, las cuales impactan en la salud del paciente.

Resulta de importancia comprender que no existe una causa psicológica primaria en la génesis de la obesidad, sino que se trata de la combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores ampliamente reconocidos, entre los cuales figuran la herencia genética y el sedentarismo (Silvestri y Stalvile, 2005).

3.1.4. Consecuencias de la obesidad

La obesidad se encuadra dentro de las denominadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), las cuales, según la OMS, explican más del 60 % de los años de

vida potencialmente perdidos en la expectativa de vida de las personas (Katz & Groisman 2014).

En concordancia con Barragán, Altamirano, Murguía y Tamayo (2015), Lafuente (2011) y SAN (2018) indican que el potencial de comorbilidad de la obesidad y su alcance creciente lo transformó en el problema de salud más grande a nivel mundial. Está asociado a cuadros tales como diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial sistémica, enfermedades cardiovasculares, digestivas y respiratorias, alteraciones óseas y articulares, hiperuricemia, neoplasias, síndrome metabólico, varices, pie plano, artrosis de cadera y rodilla, apnea del sueño, alteraciones menstruales, infertilidad, algunos tipos de cánceres, sumadas a las repercusiones emocionales y socioeconómicas. Según estos autores, también se ha asociado con un aumento notable en la discapacidad y la mortalidad.

Por su parte, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO, 2007) indica que la morbilidad asociada al sobrepeso y a la obesidad se ha comprobado en muchas alteraciones de salud; se suman a las antes mencionadas la osteoartrosis, la insuficiencia cardiaca, el síndrome de apnea del sueño, algunos tipos de cáncer, alteraciones menstruales, la esterilidad y alteraciones psicológicas. Asimismo, la mortalidad aumenta progresivamente cuando el índice de masa corporal supera los 25 kg/m^2: los individuos con un IMC superior o igual al 30 kg/m^2 presentan un aumento de aproximadamente entre el 50 y el 100 % tanto de la mortalidad total como de la debida a enfermedades cardiovasculares respecto a la población con un IMC de 20 a 25 kg/m^2 (SEEDO, 2007).

De tal manera, la obesidad se ha convertido en la segunda causa de mortalidad prematura y evitable después del tabaco (Salas-Salvadó et al., 2007).

De acuerdo con la OMS (2018), los niños que presentan obesidad tienen una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta, y, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos presentan mayor dificultad respiratoria, mayor riesgo de fractura e hipertensión, y marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2 y efectos psicológicos deletéreos.

No obstante, las consecuencias de la obesidad no son solamente físicas. Con motivo de las consecuencias psicológicas, Silvestri y Stalvile (2005) señalan que los obesos viven

sentimientos de desvalorización cotidianos, signados por la presión social. De acuerdo con su historia personal y, en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede (o no) desarrollar una psicopatía y, en algunos casos, trastornos alimentarios.

Algunas de las consecuencias psicológicas que presentan las personas con sobrepeso u obesidad son: baja autoestima (debido a la discriminación y a la sensación de inferioridad en lo que respecta a su apariencia física); depresión (al no poder alcanzar su meta, tienen que resignarse a seguir siendo obesos, generandose en ellos culpa y ansiedad por no cumplir los objetivos que se proponen); y disgusto por la imagen corporal (sobre todo en la mujer; la sociedad ha llevado a asociar el ser delgado con belleza y, en contraparte, el sobrepeso y la obesidad como condición negativa y un pobre control de sí mismo) (Korbman de Shein, 2010).

3.2. Las emociones

La forma en que las personas se alimentan y su estado emocional se encuentran estrechamente vinculados. Estudios recientes ofrecen evidencia empírica de que la influencia de las emociones sobre la conducta alimentaria tiene mayor presencia en las personas que padecen de obesidad que en aquellas no obesas; de la misma manera sucede entre personas que hacen dieta y personas que no la hacen. La vinculación entre las emociones negativas y el exceso en la alimentación no es directa, sino que tiene mayor relevancia el modo en que la persona lidia con dichas emociones (Sánchez Benito & Pontes Torrado, 2012).

De acuerdo con Menéndez (2012), una correcta identificación de los estados de ánimo que producen atracones o ingesta excesiva de alimento puede ser de vital relevancia en pos de resolver determinados desórdenes de la alimentación.

Sin embargo, esta tarea de identificación de los estados de ánimo puede resultar dificultosa. Sivak (1997) señala que la mayoría de estas personas sufren de alexitimia, una condición que se define como “la dificultad para verbalizar estados afectivos y diferenciarlos de las sensaciones corporales, falta de capacidad introspectiva y tendencia al conformismo social

y a conductas de acción frente a situaciones conflictivas". Debido a esto, las personas con obesidad pueden presentar distintos niveles de dificultad en expresar sus emociones para poder controlar su ingesta de una manera adecuada y evitar caer en la compulsión de comer en exceso. La comida es usada como objeto transicional para calmar la angustia, por lo cual se percibe que las emociones negativas suscitan el acto de comer en exceso de estas personas, Bersh (2006).

Como se analizará a continuación, la relación entre las emociones y la alimentación no es simple: por un lado, los estados emocionales y de ánimo pueden influir en la conducta alimenticia; por el otro, la alimentación puede modificar las emociones y estados de ánimo. De este modo, la influencia de la emoción sobre la alimentación incluye la desinhibición o restricción alimenticia, mientras que el alimento tiene un efecto de modulación sobre los estados afectivos (Sivak, 1997).

3.2.1. Emociones negativas e ingesta compulsiva

La relación entre las emociones y la alimentación es de carácter complejo y de mutua influencia, y no siempre la alimentación responde a una necesidad fisiológica, sino también para liberar la sobrecarga de emociones tales como la frustración, estrés o enojo (Silva Aragón et al., 2018).

Fernández Lucas (2016) propone el término *comedor emocional* para referirse a aquel individuo que ingiere excesiva cantidad de alimentos de acuerdo con sus emociones, principalmente negativas. De este modo determina su conducta ante la comida, como una forma de afrontamiento y gratificación, de manera excesiva o de alimentos con alto contenido de azúcares y, por ende, hipercaloricos, Silva (2007).

En relación con esto, Guzmán Martínez (2018) advierte que esta conducta podría tener un factor de origen químico, ya que cuando una persona se encuentra en situaciones que le provocan ansiedad, ocurren una serie de cambios químicos en su cerebro que lo llevan a ingerir alimentos que tengan mayor concentración calórica para producir sensación de calma y satisfacción. Asimismo, estos alimentos tienen un efecto de menor saciedad, por lo que requieren de grandes cantidades para satisfacer a la persona.

En relación con la ansiedad, estos estudios señalan que la ingesta excesiva de alimentos por parte de las personas con obesidad aumenta en la medida en que una fuente anticipada de estrés amenaza a la identidad o la autoestima (Silva, 2007).

Tanto Balsa Fadanelli (2014) como Grill et al (2009), señalan que el aumento de peso en una persona puede generar disconformidad para consigo misma y baja autoestima. Al suceder esto, las emociones negativas dificultan la decisión de modificar las conductas alimenticias para limitar la ingesta de comida o incluso realizar ejercicio, trazando un círculo vicioso que mantiene el desorden alimentario. Estas alteraciones pueden llevar a conductas no adaptativas, como la de disminuir la ansiedad a través de la ingesta en exceso de alimentos, Rodriguez Diaz et al (2017).

Cabe señalar que las emociones negativas pueden presentarse antes y después de la ingesta.

Con respecto al consumo compulsivo, Aaron Beck et al (1999) introducen el concepto de *craving* para referirse al "deseo irrefrenable o ansia de consumir", mientras que utiliza el término *impulso* para describir la "presión interna o movilización para actuar por el *craving"*. De este modo, los autores asocian el *craving* con el querer y el *impulso* con el hacer. Los *craving* y los impulsos de consumir grandes cantidades de alimentos tienden a ser automáticos y pueden, incluso, continuar contra la voluntad del paciente. En tales casos, tanto el *craving* como el impulso se ven incluidos en el término *compulsión*, que describe el estado en que la persona experimenta grandes presiones para intervenir en actos repetitivos, como ser el de la ingesta compulsiva, para evitar sensaciones de temor o angustia (Beck et al, 1999).

Al respecto, Casas (2017) indica que el consumo compulsivo podría intentar equilibrar el estado de ánimo –usualmente a través de la ingesta de alimentos no saludables–, pero que dicha sensación de placer generada por los alimentos puede disminuir paulatinamente.

Al analizar las causas del aumento de peso desde un enfoque psicoanalítico, Menéndez (2012) señala tres factores de importancia. En primer lugar, el miedo a crecer, es decir, el deseo de sostener un vínculo con el ambiente familiar, usualmente sobreprotector, podría estar vinculado a la ingesta excesiva ante el temor a enfrentarse a las decisiones de la vida

adulta. En segundo lugar, se ubican los sentimientos agresivos. La frustración generada por contener emociones agresivas puede conducir a atracones y desbalances alimenticios. La autora asocia este factor a una fantasía inconsciente de intentar de destruir lo que hace daño, incorporándolo dentro del propio cuerpo.

Alvarado Sánchez et al. (2005) señalan incluso que la pérdida de la autoestima puede llevar a las personas a ingresar en un cuadro de depresión que impide que bajen de peso.

3.3. Intervenciones en el tratamiento de la obesidad

En las últimas décadas, diversos tratamientos han buscado brindar una solución a los pacientes con sobrepeso y obesidad. Ravenna (2006) considera que el descenso rápido de peso, acompañado de un cambio en los hábitos del paciente, se logra a partir de la implementación de las terapias derivadas del conductismo, ya que se trata de un método centrado en las conductas observables y no en las motivaciones inconscientes. Al respecto, señala que la terapia debe dilucidar los mecanismos que llevan al paciente a desorganizar sus hábitos alimentarios y buscar que confronte con aquellas limitaciones cognoscitivas que le impiden activar conductas efectivas.

Es menester que los tratamientos de la obesidad trascienden la simple reducción de peso a través de dietas e imposiciones. Su objetivo principal, de acuerdo con Casado et al (2015), debe ser la modificación de hábitos de alimentación que permitan una mayor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud ante el problema.

3.3.1. Terapia cognitiva-conductual

Moran et al (2014) señalan que el propósito de una terapia de tipo cognitivo-conductual (en adelante TCC) debe ser mantener un proceso que permita identificar y resolver los problemas relacionados con el hábito de comer en exceso y de falta de ejercicio, a través de un rol activo por parte del paciente en la solución de los problemas.

Como se indicó anteriormente, la institución donde se realizo la practica, utilizan un enfoque cognitivo-conductual en el desarrollo de sus terapias. Ravenna (2006) señala que este tipo de tratamientos está caracterizado por ser activo, directivo, y requerir un trabajo

mancomunado entre el paciente y el terapeuta. Los pacientes deben reflexionar acerca de sus pensamientos disfuncionales para poder construir técnicas que resulten funcionales para su propia realidad. La terapia se centra en el análisis de los significados conscientes y de los pensamientos automáticos, los supuestos o creencias erróneas y la organización de la percepciones, así como al análisis minucioso de las conductas y actitudes sintomáticas.

Korbman de Shein (2010) considera que la TCC constituye un componente relevante al momento de diseñar un programa de reducción de peso. Esta terapia encuentra su sustento en el principio de que tanto personalidad, como el pensamiento y la conducta del ser humano, están determinados por los principios del aprendizaje. Justamente, el aprendizaje de nuevas conductas constituirá el objetivo de todo programa de pérdida de peso a través de diversos modelos que impulsen un re-aprendizaje en el sujeto y, en consecuencia, el cambio de su conducta.

Camacho (2003) destaca el rol de la psicoeducación. Esta técnica consiste en explicarle al paciente el modelo de trabajo, dando información de los problemas y padecimientos por los que atraviesa. El efecto de dicho trabajo es el aumento de la adherencia al tratamiento, crucial para el éxito terapéutico. Esto se debe a que el paciente al entender lo que le pasa y al ver que el terapeuta comprende su padecimiento, logra un aumento de las motivaciones que incrementar la adherencia. La misma consiste en la colaboración del paciente en el tratamiento revisando sus creencias disfuncionales, cumpliendo con las tareas dadas por el terapeuta o-estar abiertos a las sugerencias de dichos profesionales.

3.3.2. Terapia grupal

La terapia grupal se focaliza en las interacciones que se producen en el grupo, el cual se convierte en un espacio para poder hablar de los problemas de cada uno de los miembros y hallar solución a los mismos. Este método de trabajo está dirigido a ayudar a las personas a resolver sus conflictos, reencontrar el equilibrio emocional, estimular su crecimiento personal, potenciar sus habilidades sociales y dotarlas de las herramientas de afrontamiento que necesitan.

Tanto Horacio Serebrinsky (2012) como Lafuente (2011), plantean que el objetivo es que el grupo sea el instrumento que potencie el cambio deseado. La posibilidad de compartir sus emociones y pensamientos sin miedo a las críticas, en un clima de confianza y empatía, fomenta un elevado nivel de cohesión grupal que conduce a cambios psicológicos más estables a lo largo del tiempo.

De todos modos, resulta conveniente adaptar los encuadres para determinadas conductas, como alimentación y ejercicio, de acuerdo con las características de cada grupo particular; considerando que los grupos de descenso de peso, mantenimiento y *mindfulness* tienen objetivos diferentes. Asimismo, Garay, Korman y Keegan (2008) sostienen que el formato grupal del tratamiento presenta ventajas siempre que el grupo sea homogéneo,presentando todos los pacientes la misma patología para, de esta manera, compartir inquietudes, emociones y motivarse en el proceso.

Ravenna (2006) plantea que la posibilidad de orientar un tratamiento terapéutico depende de la confluencia de las herramientas del terapeuta con el estilo del paciente, puesto que el éxito del tratamiento se determina por la flexibilidad que el paciente tenga en incorporar nuevas estrategias y herramientas que le permitan un control de sus emociones.

La terapia grupal se enfoca en cambiar el estilo de vida de los pacientes, especialmente en cuanto a la conducta alimentaria, la incorporación de actividad física en reemplazo del sedentarismo y, lo que compete en este trabajo, la modificación de los factores emocionales que repercuten en la obesidad (Lafuente, 2011). De tal manera, Ana Aizpun (2014) plantea que al inicio de la terapia grupal, los pacientes junto con la ayuda de los terapeutas, se centran en la toma de conciencia y ruptura con el vínculo disfuncional con la comida y con un estilo de vida contrario al mantenimiento de un peso saludable. A medida que el proceso avanza y se van acercando a su peso saludable, se produce la construcción de una nueva relación con la comida así como de un ´´yo´´ delgado.

En los centros terapéuticos en donde se realizó la práctica se desarrollan terapias grupales de descenso de peso donde se trabaja la autoestima, el autocontrol de las emociones, el control de la ansiedad y el conocimiento de sí mismo. Ravenna (2006) considera que estas

actividades planteadas en forma grupal pueden modificar las emociones negativas que conllevan a la obesidad.

Isabel Díaz (2006) plantea que para que todo esto sea posible, es el terapeuta el que debe crear un clima de confianza y no de amenaza para el grupo, es decir, proteger al grupo de su propia irracionalidad, e incluso puede permitirse proteger a un miembro que está recibiendo una retroalimentación poco adecuada o excesiva. Mantiene la atención fija en los datos de cada una de las personas que suceden en el presente del grupo, procurando a la vez que sea el grupo, y no el mismo, quien genere esos datos, logrando así transmitir una postura clarificadora sumamente eficaz.

Rodriguez Fallas (2005) Indica que el terapeuta es el responsable de que los miembros del grupo vayan distinguiendo lo que realmente viene de afuera de lo que es producto de sus ´´objetos internos´´ en las vivencias que aportan. El pone de relieve que el material que debe ser elaborado no es solo el que aporta la memoria, sino el que se está produciendo ´´aquí y ahora´´ en la situación de grupo. Sobre ese material se puede trabajar últimamente, porque es un material maleable, no endurecido por el paso del tiempo.

3.3.3. Mindfulness eating

El término *mindfulness* se traduce al castellano como “conciencia plena” o “atención plena” y tiene su origen en la palabra *sati* del idioma pali, una lengua vernácula del sánscrito. Este término refiere al desarrollo de una atención consciente y pura no conceptual., se trata de “prestar atención de manera consciente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación” (Moñivas, 2012).

Asociada al budismo, la práctica del mindfulness se constituyó inicialmente como una forma de meditación hace más de 2500 años. No obstante, recién en la década de 1970 comenzaron a aparecer publicaciones acerca del mindfulness en occidente y tuvo un importante crecimiento en los años 90, en parte gracias al aporte del doctor Jon Kabat-Zinn, profesor emérito en Medicina y doctor en biología molecular por el Massachusetts Institute of Technology, quien dedicó gran parte de su tiempo a estudiar la atención o conciencia

plena asociada a las prácticas de meditación zen en colaboración con maestros budistas (Moñivas, 2012).

Gunatillake (2016) señala que el mindfulness se da cuando la persona es consciente de lo que sucede en el momento en que lo experimenta, tanto si son sensaciones físicas como pensamientos o emociones.

Katterman et al. (2014) a la vez sostienen que el mindfulness es una terapia que, a través del uso correcto de la respiración y la atención plena, tiene como objetivo reducir la angustia y mejorar el bienestar del paciente. En este caso, esta terapia ayudaría a la persona con obesidad a tomar consciencia de sus emociones negativas, identificarlas, aceptarlas y responder a las mismas correctamente.

Desde el aspecto psicológico, esta terapia propone enfocar la atención de los pacientes en lo que hacen o sienten para tomar conciencia de cada conducta y de su impacto en el organismo. De acuerdo con Vásquez-Dextre (2016), el paciente debe pasar de la reactividad de la mente (es decir, desarticular las respuestas automáticas e inconscientes) a la responsabilidad (respuestas controladas y conscientes).

De acuerdo con la definición de Porras Pérez (2018), el mindfulness se propone como un instrumento de ayuda en el cambio conductual necesario en estos pacientes para mantener el peso a largo plazo. Cuando el individuo es consciente de lo que está ocurriendo tanto en su interior como en el exterior, se vuelve menos reactivo a las preocupaciones mentales y a las emociones negativas, centrándose en aquellas más saludables que le permitan alcanzar una mejoría. Por este motivo, se emplea el mindfulness en forma exitosa como tratamiento para el descenso y mantenimiento de peso (Didonna, 2016).

Esta práctica permite a los pacientes relacionarse con sus emociones y pensamientos sin generar juicios de valor, entrenándolos a su vez para que puedan identificar en tiempo presente sus propias sensaciones, emociones y pensamientos. Para ello, dicha terapia utiliza varios conceptos de la filosofía zen, como prestar atención en el momento presente en lugar de estar pendientes del pasado o del futuro; observar cada experiencia como si sucediera por primera vez (incluso aquellas negativas), con curiosidad; experimentar los eventos plenamente, con aceptación, sin reparos ni defensas; desprenderse de los prejuicios y

preceptos; brindarse y participar con conciencia plena de lo que se está haciendo (Vásquez-Dextre, 2016).

Con respecto a sus resultados, García Campayo (2017) señala que el mindfulness puede lograr cambios relevantes en la alimentación, ya que reduce las conductas automáticas de ingesta, mejora la relación con los antojos .Además de reducir la impulsividad del paciente, lo cual permite disminuir el consumo de alimentos, la terapia aumenta la atención en el proceso, la aceptación y la actitud compasiva, logrando sobrellevar diversas situaciones de una manera más flexible, regulando las emociones de una manera más adecuada, sin estrategias de evitación y distracción.

Tovar Garcia & Ybarra (2020) señalan que el desarrollo de la habilidad de mindfulness se da en forma gradual, requiriendo que se lleve de manera constante la práctica, mediante la meditación y la re-dirección intencional de la atención hacia el momento presente así como hacia las actividades de la vida cotidiana. Dichos autores explican que "si se observa de manera persistente el contenido mental sin juzgar, se consigue la capacidad de conseguir, de manera gradual, la capacidad de percibir las propias respuestas mentales ante la estimulación interna y externa". Esto podría favorecer la regulación de las acciones afectivas y la percepción del control.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

El presente estudio es descriptivo de tipo profesional.

4.2. Participantes

Participaron de este trabajo dos grupos de pacientes. Uno de ellos asiste a terapia grupal de descenso de peso, conformado por 26 pacientes, de los cuales 12 son del sexo masculino y 14 son del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 28 y los 70 años. El otro

grupo de participantes pertenece al taller de mindfulness, y está conformado por dos pacientes de sexo femenino, con edades comprendidas entre los 48 y los 65 años. También participaron de este estudio 2 psicólogas, una en el taller de descenso y la otra en el taller de mindfulness, que cuentan ambas con experiencia dentro de la institución, trabajando desde un enfoque cognitivo-conductual.

4.3. Instrumentos

Observación no participante de terapias de grupo de descenso de peso y de mindfulness en pacientes con obesidad.

Se realizó entrevistas semi-estructuradas a los pacientes del grupo de descenso y de mindfulness, que fueron a cinco pacientes del grupo de descenso de peso, con el fin de recopilar información sobre cómo las emociones negativas que se producen ante determinadas situaciones de la vida los llevan a refugiarse en la comida, y cómo el mindfulness y la terapia grupal los ayudan a manejar dichas emociones para no caer en el acto de comer compulsivamente.

4.4. Procedimiento

El procedimiento se llevó a cabo mediante 285 horas de observación no participante de terapia de grupos de descenso de peso, y el taller mindfulness para pacientes con obesidad, en un centro terapéutico especializado en el tratamiento de esta enfermedad. Se observo y tomo nota de las terapias grupales, de manera semanal; la duración de estas fue de entre una hora y media, y dos horas. La observación se centró en el discurso de los pacientes, teniendo en cuenta las emociones negativas que los conducen a comer en exceso y la utilidad de la terapia grupal, y el mindfulness para modificarlas. Así mismo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a los psicólogos de la institución con una duración de 15 minutos aproximadamente, y entrevistas semi-estructuradas a pacientes que participaban del grupo de descenso en la institución, las cuales duraron alrededor de 10-15 minutos cada una.

5. Desarrollo

5.1. Descripción de la institución

La práctica profesional fue llevada a cabo en un centro terapéutico dedicado al tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, particularmente de la obesidad, a través de un equipo interdisciplinario de profesionales. Dicha institución brinda a sus pacientes las herramientas necesarias para que puedan llevar adelante su tratamiento de la mejor manera. Ofrecen un restaurant con menús diseñados específicamente para que pueden realizar las cuatro comidas diarias sin salirse del plan, incluido el servicio de viandas que ellos deben realizar. Por cuenta del paciente, la institución les ofrece un gimnasio con clases adaptadas para cada uno según indique su tratamiento, y un espacio para masajes y kinesiología. Asimismo, la institución brinda talleres médico-nutricionales, de mindfulness y yoga, y organiza viajes recreativos, entre las variadas actividades que ofrecen a los pacientes.

El objetivo del centro terapéutico se centra en cambiar el vínculo y los malos hábitos que el paciente tiene con respecto a la comida, buscando generar conciencia y estableciendo ciertos límites a las conductas excesivas para con los alimentos para poder aumentar la calidad de vida mediante el descenso de peso, mejoras en la calidad de la salud, en sus vínculos sociales y familiares, entre otras cuestiones relevantes para la vida del paciente.

La clínica brinda atención para todas las edades, ya sea en la niñez, adolescencia, adultez y vejez, y para todos los niveles de obesidad. El centro propone una dieta hipocalórica, es decir, una dieta baja en calorías y, además, baja en carbohidratos. Esta dieta es monitoreada no solo por los médicos-nutricionistas de manera semanal, sino también por los grupos terapéuticos, donde, además de darle cada uno el peso actualizado a los terapeutas, se habla acerca del modo en que los pacientes realizan la dieta, sus sensaciones, las dudas que los aquejan y las problemáticas que atraviesan a partir de ella, entre otras cuestiones que hacen al tratamiento.

La terapia se lleva a cabo mediante el aporte de diferentes corrientes psicológicas, pero la que predomina es la TCC, llevada a cabo a partir del trabajo interdisciplinario conformado por médicos, psicólogos, psicoterapeutas, nutricionistas, profesores de educación física, y de los dispositivos grupales aplicados al descenso o mantenimiento de peso. En el centro

también se brindan encuentros mensuales para aquellos pacientes que realizan dicho tratamiento a distancia ya sea por fuera del pais y tambien por el interior del mismo. Estos encuentros cuentan con un canal de YouTube donde se suben las grabaciones de todos los días de los diversos grupos.

5.2. La Presencia de las emociones negativas que suscitan el comer en pacientes con obesidad.

A lo largo de la práctica profesional se buscó indagar y describir la forma en que los pacientes, ante determinadas circunstancias de la vida que les generan emociones negativas, tales como rabia, tristeza, ansiedad, miedo, entre otras, buscan descargar o aliviar dichas emociones con la ingesta de comida.

Cómo se desarrolló con mayor detalle en el marco teórico, Rafael Casas et al. (2017) plantean que las emociones negativas pueden suscitar en algunas personas un exceso de alimentación o de ingesta compulsiva; este consumo podría equilibrar el estado de ánimo a través de la ingesta de alimentos hipercalóricos, pero luego la sensación de placer generada por la alimentación puede disminuir. Esto pudo observarse en varias de las entrevistas realizadas a pacientes del centro terapéutico. El paciente L se encuentra en tratamiento desde hace seis meses; tres años antes realizó un primer tratamiento, del cual fue dado de alta, bajando ocho kilos. De acuerdo con su testimonio: *"Hace un mes que estoy desbordada con la comida. Falleció una tía, y la tristeza, la angustia, me llevan a encontrar un refugio en la comida. Como lo que encuentro, pero con harina y azúcar. No puedo controlar esto que siento y hace que me sienta mal, sabiendo que comer de esta manera me hace mal".*

El psicólogo responde*: "La comida tapa lo que venías sintiendo. Debemos atravesar todo este dolor y angustia sin comida de más. La única manera de pasar los duelos es hablando y no 'tragando'. Lo único que te pido es que no mezcles esto que sentís con comida*". Uno de los participantes pidió la palabra en el grupo y dijo: *"Yo tengo bronca de no bajar y hacer las cosas bien. En cinco meses baje 25 kilos de golpe, pero después nada. Ayer a la noche me pedí comida y comí sin parar porque tenía una angustia de solo pensar en que*

algo funciona mal en mí como para no poder bajar haciendo las cosas bien. Creo que mi única medicina para calmar esto es la comida en estos momentos".

Este intercambio de testimonios en terapia se encuentra en línea con lo expuesto por Menéndez (2012) cuando señala que, a partir de un conflicto o estado emocional que amenace la capacidad de control, puede recurrirse a la comida para aliviar esas tensiones afectivas.

Con respecto a la influencia de otras emociones negativas, tales como la pérdida de autoestima, el paciente F señaló en otra entrevista: *"Volví después de siete años con 50 kilos de más. Tengo que sacarme peso, me sube la presión por el exceso de kilos. La ansiedad me puede, y mucho; trato de venir todos los días a la mañana y a la noche, sino en mi casa me como absolutamente todo. Además, no es solo eso, también me veo en el espejo y estoy disconforme con lo que veo, me siento mal, me siento feo".* El aumento de peso en una persona puede generar disconformidad para consigo misma y pérdida de la autoestima (Balsa Fadanelli, 2014). Cabe señalar que estas emociones negativas pueden presentarse antes y después de la ingesta.

En relación con esto, en otro de los grupos terapéuticos, uno de los pacientes expresó: *"Estoy superado por determinadas situaciones que estoy atravesando, me siento estresado, angustiado, no logro bajar de peso y mi cabeza me juega en contra. Voy corriendo al supermercado a comprarme todo lo que no debo, lo pongo en el carro y después lo saco, lo vuelvo a poner y lo vuelvo a sacar y poner. No sé de qué otra manera puedo eliminar de mi vida esto que siento, porque además no me dan ganas de venir, quiero estar echado en mi casa y comiendo, que siento que es lo único que me alivia por un momento".*

Bersh (2006) hace referencia a que la comida es utilizada como un objeto transicional para calmar esa angustia. La ansiedad y la angustia de elevada intensidad o que persiste en el tiempo conduce a que las personas presenten alteraciones a nivel psicológico y conductual que los llevan, a conductas no adaptativas (Rodríguez Díaz et al, 2017).

En el grupo de los jueves a las 12:30 horas, una mujer comenta: *"Estoy preocupada por una situación en particular que estoy atravesando y la verdad no estoy pudiendo conciliar el sueño. Me levanto alrededor de las 4:00 de la mañana todos los días y voy directo a la*

heladera. Me como los postrecitos que compro para mis hijos y unos alfajores que mi marido esconde para que no me los coma, pero los terminó encontrando. Después de comer me voy a la cama nuevamente y me despierto a las 6:00 de la mañana para prepararles el desayuno a mis hijos y llevarlos al colegio. Lo peor es que entonces desayuno, después de haber comido antes, lo que les preparo a mis hijos que es bastante calórico… El resto del día como las viandas del plan, pero siempre agregando algunas cosas de más. Estoy así hace tres semanas y me estresa este ritmo que llevo, me embronca y angustia por no poder manejarlo".

Este testimonio confirma lo expuesto por Guzmán Martínez (2018), cuando indica que el estrés y ansiedad suelen provocar insomnio que hace que en el transcurso del día se ingiera una mayor cantidad de alimentos hipercalóricos.

En el grupo de los miércoles a las 19:30, un paciente angustiado por no bajar de peso comenta: *"Ante una situación de estrés, de angustia o de tristeza, acudo a la comida sin pensarlo, como una anestesia para pasar el duelo de una pérdida o no sentir la presión de las actividades cotidianas o de lo que fuera, y así no puedo bajar nunca, tengo problemas en las articulaciones, me cuesta respirar, y yo me di cuenta de mi obesidad por estos problemas, sino la verdad es que no me importaría"*. Ante esto, el terapeuta responde: *"Estás en un punto en el que la obesidad afecta tu salud. Cuando llegues a bajar, debés seguir con el tratamiento más que nada por tu salud. Tenés que revisar si la comida tiene más importancia que tu salud. Creo que, más allá de lo estético, uno debe pensar en cómo poder manejar el tema de la ingesta. Lo importante es hacer de esto un cambio para vivir mejor"*.

En los grupos terapéuticos, la mayoría de los pacientes mencionan de manera continua que la ansiedad constituye una emoción que no pueden controlar y que los lleva directamente a ingerir comida en exceso, a salirse de la dieta. Los coordinadores señalan a la ansiedad como una emoción que todo el mundo experimenta ante una situación de incertidumbre y amenaza, que se puede sobrellevar sin ingerir comida de más. Las personas que, ante una situación que les genera esta emoción, se refugian en la comida para tratar de calmarla, lo

único que obtienen son resultados negativos en el tratamiento, ya que se salen de la dieta y suben de peso, perjudicando su salud y haciendo peligrar la continuidad del tratamiento.

Tal como lo expresa Silva (2017), la ansiedad está vinculada con la ingesta excesiva de alimentos por parte de las personas con obesidad, la cual aumenta en la medida en que una fuente anticipada de estrés amenaza a la identidad o la autoestima.

Al respecto, en el grupo de los martes a las 12:30, una paciente comenta: *"Hago un día bien la dieta, al día siguiente la hago más o menos y al otro día me salgo del plan, me desbordo en comida. Siento que estoy en un momento en el que no puedo con la ansiedad que manejo y me frustra no poder hacer el tratamiento bien. Me pasa esto porque el consultorio lo tengo lleno y cuando estoy a mil me pongo ansiosa y, para calmarme, como directamente; me alivia"*. La terapeuta le responde que *por más trabajo que tengas, el hecho de estar organizada con la comida te va a relajar. Debés tener preparado de antemano la comida y llevártela al trabajo o adonde vayas, así no te salís de tu vianda, del plan. Al grupo tenés que venir a pensar en cómo sobrellevar esto que te está pasando y no solo venir, quejarte y hacer lo mismo que venís haciendo"*. Otra de las terapeutas agregó: *"Este espacio te debe servir para poder encontrar herramientas. Tratá de cambiar las circunstancias en tu trabajo y vení todos los días al grupo hasta que te 'estabilices' con esto que te está pasando"*.

Esta tarea de organización y autopercepción al momento de ingerir alimentos es analizada y promovida en la terapia mindfulness, cuya utilización se analizará en el apartado siguiente.

5.3. La utilización del *mindfulness eating* para modificar las emociones que llevan al paciente a comer en exceso.

Como actividad adicional y opcional al tratamiento, se encuentra el taller de mindfulness eating coordinado por la licenciada S. Este taller se ofrece dentro del ámbito del tratamiento desde hace siete años; si bien no cuenta con una gran concurrencia, ofrece avances de consideración en el abordaje de la problemática de los pacientes. En el primer encuentro

que se asistio, el grupo estaba compuesto por la coordinadora, dos pasantes de la universidad y dos pacientes mujeres del centro terapéutico.

La licenciada S, al explicar el procedimiento de la *terapia mindfulness*, indica que el paciente debe reconocer si tiene hambre antes de comer, poner atención a lo que dice el estómago ya que de allí surgen las señales de hambre y saciedad. Luego debe prestar atención a lo que come, elegir lugares en los que no haya distracción al momento de la ingesta y dedicar no menos de 20 minutos para realizarla. La persona debe prestar atención a lo que come, respirar antes y durante la ingesta, ya que permite prestar atención a aquel momento y poder registrarlo.

Una vez en el encuentro y durante una hora, la coordinadora invito a relajar sobre colchonetas y realizó una meditación guiada, asistida de música suave; luego de la meditación, se compartió nuestra experiencia en relación con lo que sucedió a cada uno y lo que a cada uno le pareció en el transcurso de la meditación. Una de las pacientes, al finalizar, dijo: *"No logré concentrarme, vine acelerada como todos mis días, y me costó engancharme con la meditación. De hecho, antes de venir acá, ya había almorzado rápido, y cuando vine, 20 minutos antes de que empezara, pensaba en ir enfrente a almorzar nuevamente. Estoy súper hiperactiva, ansiosa, una mezcla de emociones por cosas que vengo pasando y ya hace cuatro clases que vengo y me pasa lo mismo, el no poder concentrarme, sinceramente espero en algún momento poder hacerlo para poder ayudarme".* Ante esto, la coordinadora le respondió: *"Si lográs concentrarte y engancharte con la meditación que les pasó para que hagas todas las noches más la de los viernes, vas a poder controlar estas emociones que, por lo que me estás diciendo, te llevan a no ser consciente de lo que estás comiendo, porque además debés comer apurada y querer volver a ingerir comida de más. Justamente, estás acá para esto, es cuestión de tiempo y de voluntad por tu lado el poder y querer cambiar estos hábitos que te hacen mal, porque te ves angustiada".*

Al respecto, Vásquez-Dextre (2016) señala que el paciente debe pasar de la reactividad de la mente a la responsabilidad, lo cual lo obliga a realizar un esfuerzo voluntario que no siempre se encuentra dispuesto a llevar a cabo.

Otra de las pacientes del taller de *mindfulness eating* comentó: *"Hoy almorcé hablando por celular y con la televisión encendida, y la verdad es que ni cuenta me di de que ya había comido; como vos decís, ni registré lo que comí. Vengo de problemas con la salud de una de mis hijas y creo que todo ese estado me llevó a comer de más, justo cuando venía bien con el plan. Hoy me pude relajar en la meditación, me concentré, me sentí bien, bajé las revoluciones, que venían bastante elevadas"*. La coordinadora le respondió que *"es importante que registren lo que comen, pero para eso deben tener un tiempo de 15 minutos para poder comer de manera tranquila. Busquen un lugar en donde se sientan cómodas, sin ningún tipo de distracción, solo la comida y ustedes, saboreando cada pedacito que van ingiriendo, sabiendo qué es lo que están comiendo. Empiecen por una comida y luego van a ver cómo lo van a ir aplicando en cada comida que deban hacer y verán los cambios. Empiecen por algo y no por nada"*.

La coordinadora cerró el encuentro diciendo: *"Tenemos que controlar nuestra mente sin que tengamos que tapar con comida lo que nos pasa o lo que nos toca vivir. Tienen que estar atentas con el impulso de la reacción de piloto automático; deben hacer una pausa. Ustedes pueden, pongan un poco de cada una y verán lo que pueden lograr"*.

Tanto lo dicho por la terapeuta como por la paciente puede estar relacionado con el concepto de compulsión en términos de Beck et al (1999), en el cual la persona experimenta grandes presiones para intervenir en actos repetitivos, como ser el de la ingesta compulsiva, para desviar acontecimientos angustiantes o temidos.

Al respecto, García Campayo (2017) señala que el *mindfulness* reduce la impulsividad del paciente, lo cual permite disminuir el consumo de alimentos, la terapia aumenta la atención en el proceso, la aceptación y la actitud compasiva, logrando sobrellevar diversas situaciones de una manera más flexible, regulando las emociones de una manera más adecuada, sin estrategias de evitación y distracción.

En una de las entrevistas, el paciente M, que se encuentra hace un año y medio en la clínica y lleva bajados 25 kilos, relata acerca de su experiencia con el *mindfulness*: *"Me costó concentrarme al principio, me llevo un año, pero logré poder comer sentada, que era algo que no hacía, y en calma, sin ninguna distracción, solo conmigo misma. Al momento de*

comer, elijo hacerlo en lugares que me dan tranquilidad, a veces en el balcón y otras en mi atelier. Como de manera pausada, siendo consciente de lo que como y de la manera en que ingiero los alimentos. Esto, por supuesto, lo aprendí en el taller; antes no registraba nada de lo que comía ni de lo que hacía, entonces a la hora volvía a comer. Cuando estoy con amigas, trato de no hablar tanto y de comer pausado, lento. Lo mejor de todo es que mejoré mi respiración y rendimiento en gimnasia; puedo hacer toda la clase sin problema. Medito cuando me levanto todos los días y voy al taller todos los viernes, incluidos los martes, que S los hace de manera particular. Me hace mucho bien".

Gunatillake (2016) señala que el mindfulness resulta cuando la persona es consciente de lo que sucede en el momento en que lo experimenta, tanto si son sensaciones físicas como pensamientos o emociones.

En uno de los grupos de descenso, uno de los pacientes, de aproximadamente 70 años, comenta que empezó con mindfulness hace 11 meses y que lo ayudó no solo en poder ser consciente de lo que come y de comer de manera pausada y tranquila, sino que también le permitió superar una serie de emociones negativas que le generaban determinadas actividades, por ejemplo, no podía viajar en avión ya que sentía miedo y ansiedad de hacerlo. Esta situación le provocaba enojo y frustración consigo mismo hasta que decidió probar con el taller de mindfulness y empezó a asistir a las prácticas una vez a la semana. Con el tiempo, pudo vencer el miedo y la angustia que le generaba subir a un avión, controlando aquellas emociones que lo bloqueaban. En relación con esto, Didonna (2016) señala que cuando el individuo es consciente de lo que está ocurriendo tanto en su interior como en su exterior, se vuelve menos reactivo a las preocupaciones mentales y a las emociones negativas, centrándose en aquellas más saludables que les permitan alcanzar su mejoría.

No obstante, como se señalo anteriormente, la mayoría de los pacientes del centro terapéutico aún no han incorporado esta práctica. Entre los pacientes, es habitual escuchar expresiones como *"he oído hablar, pero la verdad es que no tengo tiempo"*, *"me gustaría empezar, veré de hacerlo"*; otros han comenzado, pero todavía no han logrado concentrarse en la práctica.

La licenciada S busca promover el uso del mindfulness, ya que, por diferentes motivos, no es empleada por la mayoría de los pacientes. En el grupo terapéutico de los viernes, antes de comenzar, empieza con una meditación de diez minutos para *"bajar la ansiedad, los desniveles que uno trae de afuera y poder conectarse con el grupo en el aquí y ahora, en el momento presente"*. En la meditación, S indica: *"cerrar los ojos, inhalar y exhalar por nariz y boca. Observar cómo está la mente en este momento, si los lleva a una situación vivida en el pasado o en el futuro. Nuestra mente se conecta con los pensamientos y quiere controlarlos. Traten de estar atentos en el momento presente, en el aquí y ahora, observando su mente inquieta mientras respiran. Imaginen una burbuja y llévenla a algún lugar de su cuerpo donde se encuentre tensionado o contracturado y suelten esa emoción una vez que exhalan. Suelten también esos pensamientos que les molestan, como nubes o globos que nos agotan, nos provocan ansiedad. Suelten esas emociones intensas y vean si sienten alivio al ir soltando. Vean la respiración natural de cada uno, si está lenta o está rápida, y reciban de manera amable y aceptando el momento presente. Observen en qué parte registran el movimiento de la respiración. La respiración, es su ancla, en el momento presente, que es lo único que existe. Tómense el momento que necesiten para ir soltando esta práctica, despacio, mientras agradecen de estar realizándola, de que están aquí. Empiecen a conectar con los sonidos del lugar y el espacio"*.

En relación con este tipo de meditación, Vásquez-Dextre (2016) señala que esta práctica permite a los pacientes a relacionarse con sus emociones y pensamientos, entrenándolos para que puedan identificar en tiempo presente sus propias sensaciones, emociones y pensamientos.

Si bien los pacientes agradecen el hecho de realizar una actividad diferente, la mayoría señala que no logran conectarse con la práctica, ya sea por los ruidos que escuchan desde afuera, por la organización de planes de fin de semana; otros simplemente no siguen los pasos indicados en la meditación.

Como se señaló anteriormente, esta práctica requiere de un esfuerzo personal y de convencimiento para poder llevarla a cabo y lograr resultados favorables.

5.4. La utilización de la Terapia Grupal para modificar las emociones negativas que suscitan el comer

La terapia grupal ocupa un rol fundamental en la institución. Constituye un espacio en el cual los pacientes pueden conversar acerca de los motivos por los que no pueden bajar de peso, los cuales usualmente se encuentran vinculados a las emociones negativas generadas por determinados hechos en sus vidas.

El paciente S realiza tratamiento desde hace tres años, en los que lleva bajados 25 kilos. En su entrevista, S señaló que: *"La terapia grupal me ayuda, y mucho. Me gusta venir porque estamos todos en la misma situación, escuchar al otro, identificarse y que entiendan por lo que estás pasando es un alivio y un gran hombro. Saber que están allí los terapeutas también para marcarnos cuando vamos mal o cuando vamos bien. Además, tenés los grupos de WhatsApp por si necesitamos apoyo, ayuda y contención en cualquier momento y lugar. Son incondicionales".* A su vez, S señala que tanto la terapia grupal como individual fueron de ayuda en su tratamiento.

Al respecto, Garay et al.(2008), sostienen que el formato grupal del tratamiento presenta ventajas siempre que el grupo sea homogéneo respecto de la misma patología para compartir inquietudes, emociones y motivarse en el proceso.

En otra entrevista, el paciente F, quien se encuentra en tratamiento desde hace ocho meses y bajó 21 kilos, indicó que: *"Es bueno saber que hay gente que te entiende, se encuentra en tu misma situación, y mutuamente nos ayudamos. Además, están las coordinadoras para marcarnos cuando decaemos o tenemos dudas de algo"*. F comenta que le fue más útil la terapia grupal que la individual, ya que alcanza un mayor nivel de compromiso que con la terapia individual. Otra de las pacientes, O, señaló en la entrevista que solo hace terapia grupal y que *"acompañarnos en este proceso en el que todos estamos en la misma, es algo único, jamás pensé que me serviría, pero sí"*.

Los testimonios de los pacientes, reflejan lo expresado por Lafuente (2011) quien indica que se logran mejores resultados cuando la terapia es grupal, puesto que las personas pueden desarrollar la empatía, la confianza y expresión de emociones en un entorno cuyos miembros son individuos con la misma enfermedad.

En el grupo de las 14:00 de los miércoles, uno de los pacientes, que sostiene desde hace 15 años su tratamiento en la institución, comentó que lleva bajados 90 kilos y que es el máximo que bajó desde que inició el tratamiento. De acuerdo con su testimonio, esto fue debido a que pidió ayuda al grupo, y una de sus compañeras, que había pasado a mantenimiento, se ofreció para seguirlo con la dieta y que baje lo que debía bajar. Todos los días, este paciente le envía a su compañera una foto de las cuatro comidas, y ella lleva el registro de su descenso y lo alienta con frases motivacionales a que continúe con su tratamiento. A partir de la creación del grupo, no solo está mejor de salud, sino también en su entorno social.

Muchos de los pacientes que ingresaron al centro con exceso de peso señalaron que la terapia grupal es de vital importancia para el descenso de peso, para generar la confianza en uno mismo, para poder aferrarse y tomar una actitud positiva frente al plan con todo el esfuerzo que ello implique y todas las adversidades que la persona pueda atravesar en su vida y que, si bien en el inicio de su tratamiento no habían participado por perjuicio, actualmente las integran a su tratamiento porque aprendieron a pedir ayuda a sus pares.

El grupo, en si, genera un clima positivo y por ende emociones positivas en los pacientes, ya que además de tener el apoyo incondicional del mismo y de los terapeutas, los mismos les brindan herramientas ante las adversidades, de tal manera que puedan utilizarlas en sus vidas para poder seguir con el tratamiento de manera efectiva y llegar a un estado saludable no solo físico sino en todos los ámbitos de sus vidas.

Pero varios de los pacientes, en su mayoría, están en desacuerdo con el trato hostil de algunos de los terapeutas en el grupo, a lo que les han respondido los mismos profesionales que es la única manera de que ellos puedan entrar en razón con respecto a la enfermedad que padecen y así poder hacer el tratamiento de manera correcta, por lo que muchos pacientes están en desacuerdo y otros han tenido que abandonar el tratamiento debido a estos modos por parte de los terapeutas en los grupos. Esto mismo se contrapone con lo dicho por Isabel Díaz (2006), en donde el terapeuta debe crear un clima de confianza y no de amenaza para los pacientes, para poder así protegerlos logrando la eficacia de los mismos en el tratamiento.

6. Conclusiones

6.1. Síntesis de los Objetivos

A través de los objetivos propuestos se buscó describir la presencia de las emociones negativas que suscitan el comer en pacientes con obesidad, analizar el mindfulness eating como herramienta terapéutica en el tratamiento de la obesidad y describir la utilización de la terapia grupal para modificar las emociones negativas que suscitan el comer emocional.

Para realizar dicha labor se llevó a cabo un trabajo de observación y escucha atenta durante el transcurso de las terapias grupales, como así también se realizaron entrevistas semiestructuradas a pacientes de estos grupos sobre los tipos de emociones que intervienen en el proceso de ingesta de alimentos y sobre las actividades que realizan para poder anularlas. Asimismo, se les consultó acerca de la importancia de la terapia grupal en el tratamiento y sobre la práctica del mindfulness específicamente.

Con respecto al primer objetivo, se pudo constatar en base a lo analizado que las emociones negativas predominan en cuanto a la realización de la ingesta desmedida de alimentos en comparación con las emociones positivas que no han sido nombradas a lo largo de la práctica por los pacientes como elemento perturbador que los lleva a comer.

De acuerdo a los resultados de las entrevistas, se pudo constatar que, usualmente, los alimentos que eligen ante determinadas situaciones que les provocan dichas emociones son alimentos hipercalóricos, es decir, de alta densidad calórica y alto contenido de grasa. Suelen consumir alimentos ricos en azúcares para dichos casos. Todo lo expuesto va en la línea de lo desarrollado por autores expertos en la temática (e.g., Sivak, 1997)

A partir de la escucha en terapia y de las entrevistas realizadas, se pudo señalar a la angustia como la emoción negativa de mayor predominio en los pacientes observados. Esta funciona como un elemento perturbador que los lleva a la ingesta desmedida de alimentos.

A su vez, dichos testimonios constataron la importancia de la realización de actividades que ayuden a los pacientes a lidiar con las emociones y no caer en la sobre ingesta de alimentos, tales como realizar deportes al aire libre, concurrir al gimnasio o asistir a los grupos

terapéuticos. De este modo, los pacientes pueden lograr manejar determinadas situaciones que se les presenta, poder continuar con la terapia y mejorar su calidad de vida.

Lo expuesto va en línea con lo desarrollado por Menéndez (2012), sobre la correcta identificación de los estados de ánimos para la resolución de la sobreingesta de alimentos.

En cuanto al segundo objetivo del desarrollo, el *mindfulness eating,* podemos afirmar que, si bien ofrecen servicios constatables a través de los testimonios de los pacientes, en el transcurso de este trabajo se pudo recabar poca información ya que los pacientes del centro terapéutico, en su gran mayoría, desconocen dicha práctica o no logran vincularse con ella.

En el desarrollo se dio a conocer la experiencia de un paciente de 70 años, que fue la única en la cual se tuvo un acercamiento a lo recabado en el marco teórico, en el cual el *mindfulness* tuvo un impacto positivo en su vida y pudo superar determinados obstáculos de gran relevancia para él.

Lo expuesto anteriormente va en línea con lo desarrollado por Didonna (2016) & Vasquez-Dextre (2016), en cuanto a la toma de conciencia por parte del individuo sobre lo que padece y en base a ello identificar determinadas emociones y pensamientos para asi poder cambiarlos.

Con respecto al último de los objetivos, la terapia grupal, tanto en las entrevistas individuales como los testimonios obtenidos en los mismos grupos, confirman que, en la mayoría de los casos, el grupo resulta de ayuda para sobrellevar el tratamiento y realizar de manera correcta la dieta.

Lafuente (2011), indica que se logran mejores resultados cuando la terapia es grupal, puesto que las personas puede desarrollar la empatía, la confianza y expresión de emociones en un entorno cuyos miembros son individuos con la misma enfermedad.

El fortalecimiento del entorno social de los pacientes y el desarrollo de herramientas por fuera de la estructura del centro terapéutico, tales como los grupos de WhatsApp, se muestran como elementos beneficiosos que brindan ayuda eficaz ante situaciones en la que los pacientes no pueden afrontar el tratamiento. Asimismo, la realización de encuentros y viajes por fuera del centro terapéutico fortalecen la integración social.

Es así que, en la terapia grupal de descenso de peso, se trabaja sobre la autoestima, el autocontrol de las emociones, control de la ansiedad y el conocimiento de sí mismo, estas son algunas de las actividades que se plantean en el grupo para modificar las emociones negativas que conllevan a la obesidad (Ravenna, 2006).

6.2. Limitaciones

Si bien lo compartido en la experiencia con los grupos terapéuticos, tanto con los pacientes como con los profesionales, resultó de interés y de gran ayuda a los fines de elaborar este trabajo se considero que hubiese sido enriquecedor poder acceder las historias clínicas de los pacientes para poder recabar información de los pacientes y constatar su evolución a lo largo de los años, tanto de aquellos cuyo tratamiento es exitoso como de quienes no logran buenos resultados pero que siguen asistiendo a la clínica.

Otra de las limitaciones observadas fue la gran cantidad de pacientes en cada grupo, lo que hizo que la experiencia personal de cada uno se viera limitada en su relato.

Por este motivo, el tiempo de los grupos resultaba escaso ya que, al tratarse de muchos pacientes, no alcanzaban a compartir lo que les sucedía o necesitaban contar, a pesar de que los profesionales trataban de brindar un espacio para cada uno.

En cuanto al taller de mindfulness, a pesar de contar con una excelente profesional a cargo, en ocasiones, las condiciones de infraestructura brindadas por el centro impedían que se realizará la práctica con normalidad, debido a la presencia de sonidos y ruidos molestos tanto en el interior como en el exterior del edificio, además de la ausencia de los pacientes en dicho talleres o de la misma profesional debido a ello. La ausencia de dichos pacientes, también se debía a que el taller tenía un costo adicional, además del costo del tratamiento y la gran mayoría no podía acceder al mismo.

En cuanto a la bibliografía acerca del mindfulness, a pesar de no ser abundante, se pudo recabar material que enriqueció el marco teórico de este trabajo.

Otra de las limitaciones para este trabajo, fue el hecho de no poder entrevistar a los profesionales con los cuales se contaba debido a la falta de tiempo de los mismos, antes y después de cada grupo o en otro caso la ausencia de la profesional con la cual contaba en determinadas fechas.

6.3. Perspectiva Crítica

Acorde al enfoque interdisciplinario que promueve el Centro Terapéutico, participaban de las terapias grupales tanto psicólogos como también nutricionistas y médicos clínicos especializados en el tema a fin de realizar la terapia de manera conjunta y completa de acuerdo con las necesidades de cada paciente en el momento. A partir de lo recogido en las entrevistas a los pacientes y de lo observado en terapia, este abordaje demostró ser adecuado para las características específicas del grupo.

No obstante, se observó que, tanto en los grupos de descenso como de mantenimiento, el plan alimentario es el mismo para algunos de los pacientes, cuando las necesidades y actividades de cada uno varían. Esta falta de personalización del plan se suma a lo manifestado por los pacientes acerca de la falta de energía para poder sobrellevar las actividades cotidianas debido a la alimentación hipocalórica y restrictiva que el plan les ofrecía. Si bien es un plan en el cual se elimina determinados alimentos que solo aporten alto contenido de grasas innecesarias, es de suma importancia que en principio, el paciente se adapte, aprenda y empiece adquirir nuevos hábitos alimentarios necesarios para la pronta mejoría tanto fisica como psicologica.

A su vez, se puedo observar que si la persona no era capaz de llevar a cabo las recomendaciones del tratamiento debía faltar a los eventos sociales en caso de ser necesarios, como ser reuniones de amigos, cumpleaños familiares. Pero podríamos pensar si faltar a los acontecimientos sociales favorece o no a la persona, ya que podría pasar que dichos compromisos desvíen la atención de la comida. Si bien es entendible que el paciente en ocasiones falte a un acontecimiento, es comprensible entender los prejuicios que pueda llegar a causar en la vida social.. En consecuencia, se podría evaluar si la ausencia de eventos familiares y sociales en general, podría llegar a perjudicar al paciente en un futuro. Es por ello que es de suma importancia que estas personas adquieran herramientas para poder manejarse en determinadas situaciones sociales sabiendo que debe y no hacer.

Con respecto a la relación profesional-paciente, muchos pacientes entrevistados indicaron que encontraban “hostiles” al estilo directivo y a la forma de intervención de algunos

profesionales, en dos grupos en particular. Como consecuencia provoca en los pacientes la no participación de los grupos por miedo a tener que atravesar por este tipo de comentarios que dañan su autoestima.

Si bien aquellos profesionales consideran dicha actitud como funcional para el tratamiento, la mayoría de los pacientes no están de acuerdo con el mismo, lo cual provoca el efecto contrario del esperado por el tratamiento. Por lo que deberían cambiar los tratos hacia los pacientes, ya que los mismos no son funcionales para la gran mayoría, lo cual los llevan a la no participación o al abandono de dicho tratamiento. Poder ver que en el resto de los grupos no se dirigen con hostilidad hacia los pacientes y los resultados son positivos en los mismos.

En cuanto al Taller de Mindfulness eating, considero que una parte de los pacientes no pueden acceder al taller debido a que el pago no se encuentra dentro del servicio del tratamiento, por lo que se debería de integrarlo para que todos puedan tener acceso al mismo y aprovechar de las herramientas que el taller les brinde para prosperar, de forma positiva, con los resultados del tratamiento, ya que es el único taller en el cual pueden desplegar, tratar y controlar de forma correcta las emociones relacionadas a la angustia, el miedo, el estrés,la tristeza, entre otras emociones negativas que no son tratadas de forma ´´completa´´ en las dinámicas grupales. Además, es de considerar las condiciones de la institución por las cuales el taller no funciona como debe , por lo que considero que deberían realizarlo en un área independiente de la institución, por fuera del área concurrida la mayor parte del día por todos los grupos. De esta manera, se podría obtener resultados positivos en lo que respecta a la concurrencia de los pacientes y la correcta realización de los ejercicios de dicho taller.

6.4. Aporte Personal

Del trabajo desarrollado y de las observaciones realizadas dentro de la institución se pudo inferir que las emociones negativas en los pacientes provocados por determinados acontecimientos en la vida de cada uno, pone en juego la salud tanto física como mental de estas personas, ya que les produce un malestar emocional que los lleva a refugiarse, de manera desmedida, en la comida, eligiendo los alimentos hipercalóricos lo cual repercute

en su salud física con un aumento de peso que acarrea diversas enfermedades e imposibilitan a la persona a desarrollar diversas actividades en su vida.

Acerca de los aportes de la terapia grupal al tratamiento de la obesidad, este trabajo da cuenta de los cambios favorables de los pacientes como resultado del grupo. En un principio los pacientes, generalmente los que recién se adentran al tratamiento, suelen mostrarse reticentes a la terapia grupal descreyendo de sus beneficios. Pero luego los individuos empiezan a percatarse de que ese espacio y lugar es fundamental para su mejoría, pudiendo identificarse con sus pares y escuchar las experiencias de los demás que en definitiva resuenan en cada uno. Es importante que los pacientes asistan todos los días o por lo menos cuatro veces a la semana a la terapia grupal para poder adquirir herramientas que les brindan los profesionales para sobrellevar el tratamiento y generar un cambio en la manera de afrontar las adversidades que se le presentan sin que los lleven a consumir desmedidamente alimentos y poder enfrentar dichas situaciones de una manera distintas transformandolas, como por ejemplo, canalizarlas en la palabra con el grupo, en las actividades físicas o talleres como ser el mindfulness, en no internalizar los problemas de otras personas, entre otras, y así poder tener resultados a corto plazo en relación con su peso.

Con respecto a la práctica del *mindfulness,* se pudo constatar sus efectos positivos en algunos pacientes con obesidad a pesar de las diversas limitaciones que se encontró al momento de realizar este trabajo. Se destaca su capacidad para tomar consciencia de las emociones negativas que intervienen en el comer, su efectividad en reducir la angustia y organizar el proceso de alimentación, ayudando a los pacientes a comer con atención y consciencia de lo que se está ingiriendo, dándose el tiempo para hacerlo y registrando todo para luego poder seguir con sus actividades hasta la siguiente ingesta indicada en el plan.

Al tratarse de una práctica que está dirigida a realizar cambios relevantes en la alimentación, reducir la impulsividad del paciente, aumentar la aceptación con uno mismo y lograr sobrellevar diversas situaciones de manera flexible, sería de gran ayuda para los pacientes que pudieran acceder como parte fundamental del tratamiento, sin costo adicional, para poder alcanzar y sostener los cambios en su vida, tanto respecto de su peso y

alimentación como del manejo de sus emociones. Se espera que, con el tiempo, se puedan integrar a esta práctica.

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). Recuperado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210214

Aizpun Marcitllach, A., & Fernández de Gamboa Aguinaga, C. (2014). La terapia de grupo en un caso de obesidad. Revista de diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud. 41-51. Doi: 10.5093/cc2014a4.

Balsa Fadanelli, M. del P. (2014). Actitud hacia la ingesta y peso corporal. *Acta Médica Grupo Ángeles, 12* (4). Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2014/am144b.pdf

Reséndiz Barragán, A. M., Hernández Altamirano, S. V., Sierra Murguía, M. A., & Torres Tamayo, M. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutrición Hospitalaria,* 31(2). Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/3092/309233495018.pdf

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman C. F. & Liese B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 34(4), 537-546*.

Camacho, J. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva. Recuperado de https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf

Camacho, A. (2005). Sobrepeso y obesidad: algoritmo de manejo nutricio. *Revista de endocrinologia y nutricion. 44-105.*

García Campayo, J. & Navarro, M. (2017). *Mindfulness para todos.* Barcelona: Siglantana.

Casas, R. (2017). Entrevista al Dr. Rafael Casas. *Nesvida*. Recuperado de https://www.agustoconlavida.es/media/nutricion/revista-nesvida/Nesvida_16.pdf

Delbono, M. y Chaftare, Y. (2009). *Manual práctico de obesidad en el adulto. Atención primaria.* Montevideo: Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. [Fecha de Consulta 20 de Noviembre de 2019]. Disponible en:

https://www.cardiosalud.org/files/documents/chscv_manual_de_obesidad_en_baja.pdf

Didonna, F. (2016). *Manual clínico de Mindfulness.* Bilbao: Descleé de Brouwer.

Fernández Lucas, L. M. (2016). Influencia de las emociones en la conducta humana. *The Spanish Journal of Psychology. Revista de la Universidad Complutense de Madrid*, *21(3), 342-354*.

Foz Sala, M. (2004). Historia de la obesidad. *Fundación Medicina y Humanidades Médicas.* Recuperado de http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/Monografia_Humanitas_6.pdf#page=11

Garay, C. J., Korman, G. P. & Keegan, E. (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 Jiménez, E. (2011). Genes y obesidad: una relación de causa-consecuencia. *Endocrinología y Nutrición,* 58(9): 492-496. Doi: 10.1016/j.endonu.2011.06.004

Guzmán Martínez, G. (2018). Por qué la ansiedad puede causar sobrepeso, según varios estudios científicos. *Psicología y mente* [Recurso en línea]. [Fecha de consulta 20 de Noviembre de 2019]. Disponible en: https://psicologiaymente.com/clinica/ansiedad-puede-causar-sobrepeso

Grill, S. S., Sánchez Gallo, M. P., Castañeiras, C. & Posada, M. C. (2009). Vulnerabilidad psicológica al malestar subjetivo. Un estudio en población general. *Aplicaciones en Evaluación Psicológica,* Universidad de La Plata. [Fecha de consulta 20 de Noviembre de 2019]. Disponible en: sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/48140/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gunatillake, R. (2016) *Mindfulness para llevar.* Madrid: Maeva.

Guzmán Saldaña, R. M. E.; Castillo Arreola, A. & García Meraz, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En J. A. Morales Gonzáles (Ed.), *Obesidad un enfoque multidisciplinario*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Diaz Portillo, Isabel. (2006). *Bases de la terapia de grupo.* Editorial Pax México.

Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M. & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eat Behavior, 15(2), 197-204*. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.01.005

Katz, M. & Groisman, V. (2014). *El método no dieta.* Buenos Aires: Aguilar.

Lafuente, M. D. (2011). Tratamiento cognitivo-conductual de la Obesidad. *Trastorno de la conducta alimentaria, 14, 1490-1504*.

López Morales, J. L. & De los Fayos Ruiz, G. (2012). Edorexia y deporte: Una concepción acerca de la obesidad y la adicción a la comida. *Cuadernos de Psicología del Deporte, 12(1), 139-142*.

Menéndez, I. (2012). La alimentación emocional. *Barcelona: Grijalbo*

Moñivas, A., García Diex, G. & García de Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena). *Portularia: Revista de Trabajo Social.* Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161024437009

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

Organización Mundial de la Salud (2018). Obesidad y sobrepeso. [Recurso en línea]. Recuperado de: who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Porras Pérez, M. (2018). *Mindfulness para la pérdida de peso en población con sobrepeso y/u obesa: revisión bibliográfica*. Cataluña: Teide.

Puerto Sarmiento, F. (2014). La obesidad en la historia. En: *Primer curso avanzado sobre obesidad*, A. Doadrio Villarejo (ed.). Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia. Recuperado de: ebook.ranf.com/obesidad_mono/files/assets/basic-html/index.html#CCCLII. [9-10-2019].

Quintana, M.A., & Fernández, E.R. (2011). Eficacia del Entrenamiento en Mindfulness para Pacientes con Fibromialgia.

Ravenna, M. (2006). *La telaraña adictiva*. Buenos Aires: Ediciones B.

Rodin, J. (1992). *Las trampas del cuerpo*. Barcelona: Paidós.

Rodríguez Díaz, P. M., Ortega Torres, A., Jiménez Zambrano, P. I., Navarro Ondoño, R. & Arrabal Polo, A. M. (2014). Ansiedad y obesidad. Regulación emocional basada en

Mindfulness y alimentación consciente. *Revista Científica del CODEM, Colegio Oficial de Enfermería de Madrid*, *32(6), 122-135*.

Rodriguez Fallas, R. (2005). *Tecnicas de intervencion grupal*. Buenos Aires: Manual de Teorías.

Rodríguez-Morán, M., Mendoza, Á. E., Cumplido, F. A., Simental, M., Luis E., Rodríguez, R. G., Sánchez, L.. Gloria, J., Ramírez, B. P., Cumplido, G. G., Ortiz, M, G., Pinedo, R., Gustavo, A., Meza, V., Á, Ortiz. R., Alma, F., Puerta, M. G., Guerrero, R. Fernando. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 52 (1), 68-73.*

Rojas Jiménez, S., Lopera Valle, J. S., Cardona Vélez, J. (2013). Factores individuales, eventos vitales y variabilidad genética en la génesis de la obesidad: una aproximación al abordaje integral. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.,* 11 (3): 112-122. [Fecha de consulta 20 de Noviembre de 2019]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102013000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M. & Moreno, B. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad, y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica (Barcelona), 128(5), 184-196*.

Sánchez Benito, J. L. & Pontes Terrado, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y el control de peso. *Nutrición Hospitalaria, 27(6), 2148-2150*.

Serebrinsky, Horacio. (2012). La importancia de las terapias grupales. *Revista Clarin.* Recuperado de: https://www.clarin.com/entremujeres/vida-sana/psicologia/terapias-grupo-psicoterpia-columnista-serebrinsky-objetivos-beneficios_0_rypJShKPQx.html

Silva, J. R. (2007). Sobrealimentación inducida por la ansiedad. Parte I: Evidencia conductual, afectiva, metabólica y endocrina. *Terapia Psicológica, 25(2), 141-154*.

Silvestri, E. & Stavile, A. E. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. *Aspectos Psicológicos de la Obesidad,* Posgrado en Obesidad a Distancia. Buenos Aires: Universidad Favaloro. [Fecha de consulta 20 de Noviembre de 2019]. Disponible en:

http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf

Sivak, R., Wiater, A., & Lolas Stepke, F. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos.* Buenos Aires: Paidós

Sociedad Argentina de Nutrición (SAN - 2018). Sobrepeso – Obesidad. El desafío de aprender a comer sin prohibiciones. *Actualización en Nutrición, 20(1), 58-72*.

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad,* marzo de 2017. [Fecha de consulta 20 de Noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_SEEDO_2007.pdf

Tamayo, D. & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de psicología Universidad de Antioquia, 6(1), 91-112.*

Temporelli, K. & Viego, V. (2015). Malnutrición: impacto de los hábitos, variables constitutivas y condiciones socioeconómicas en la población adulta urbana en Argentina. *Revista Ciencias de la Salud,* 13 (2). Doi: 10.12804/13.02.2015.03

Tovar Garza, E. Y., Orozco Ramirez, L.A., & Ybarra Sagarduy, J. L. (2020). El Mindfulness y ansiedad en pacientes con obesidad mórbida. *Revista Digital Internacional De Psicología y Ciencia Social, 6(1), 65-80.*

Van de Veer, E., Van Herpen, E. & Van Trijp, H. (2016). Body and Mind: Mindfulness helps consumers to compensate for prior food intake by enhancing the responsiveness to physiological cues. *Journal of Consumer Research. 42(5), 783-803*.

Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr,* 79 (1): 42-51. [Fecha de consulta 20 de Noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Anexos

Modelo de entrevista a pacientes

1. ¿Hace cuánto tiempo te tratás en la clínica?
2. ¿Cuantos kilogramos llevás bajados?
3. ¿Hacés el plan nutricional indicado? Si/No. Si no lo hacés, ¿por qué?
4. ¿Sentís compulsión con frecuencia que te lleva a comer? Si/No. Si tenés compulsiones, ¿cada cuánto? (Una vez a la semana o más / una vez al mes o más)
5. Las emociones, ¿influyen en tu forma de comer? ¿Qué tipo de emociones detectas que te llevan a ese acto de compulsión? (Positivas o negativas)
6. ¿Hacés algo para controlar dichas emociones? (Actividades, talleres, terapia, etc.)
7. Hay un taller de *mindfulness eating* en la institución, ¿oíste hablar del mismo? Si/No. Si respondes que sí, ¿fuiste a alguna clase del mismo? Si/No. Si respondés que sí, ¿qué te pareció? ¿Te sirvió de algo? Si/No. Si la respuesta es sí, ¿en qué te sirvió?
8. ¿Te ayuda la terapia grupal para seguir con el tratamiento? Si/No. Si te ayuda, ¿en qué?
9. A vos, ¿te ayuda más la terapia grupal o individual para sostener este tratamiento?
10. ¿Cambiarías algo del tratamiento que te brindan en dicha institución que creas que te pueda servir a vos para seguir mejorando?

Entrevistas

Respuestas de la entrevista a M

1- Estoy hace un año y medio en la clínica.

2- Llevo bajados 25 kilos

3- Sí, y cumplo con todo, ni un gramo más ni un gramo menos.

4- No, desde que baje todos esos kilos y lo que me costó hacerlo, no me dieron ganas de comer de más. Estoy en estado de acidosis, por el momento.

5- Antes sí, por cualquier emoción ya sea de felicidad, tristeza, ira, miedo, iba y comía. En mí, predominaba más las emociones negativas de todas maneras, porque yo era negativa con la gorda encima mío que "no me dejaba" hacer nada.

6- Vengo a los talleres grupales, hago terapia individual, *mindfulness* y vengo al gimnasio de la clínica.

7- Me costó concentrarme al principio, me llevo un año, pero logre poder comer sentada, que era algo que no hacía, y en calma, sin ninguna distracción, solo conmigo misma. Al momento de comer, elijo hacerlo en lugares que me den tranquilidad, a veces en el balcón y otras en mi atelier. Como de manera pausada, siendo consciente de lo que como y de la manera en que ingiero los alimentos. Esto, por supuesto, lo aprendí en el taller, antes no registraba nada de lo que comía ni de lo que hacía, entonces a la hora volvía a comer. Cuando estoy con amigas trato de no hablar tanto y de comer pausado, lento. Lo mejor de todo es que mejore mi respiración y rendimiento en gimnasia., puedo hacer toda la clase sin problemas. Medito cuando me levanto todos los días y voy al taller todos los viernes, cuando se realiza, incluido los martes, que Susana los hace de manera particular. Me hace mucho bien.

8- Por supuesto. 1 hora y media de capital y me vengo todos los días al grupo de las 14:00 hrs. A mí me hace muy bien.

9- Me gustan ambas, pero escuchar a mis pares me ayuda, me identifico y me gusta ayudar. Aprendemos de todos.

10- Nada en absoluto, me hace muy bien. Gracias a ellos estoy feliz y flaca.

Respuestas de la entrevista a O

1- Hace 8 meses

2- Más o menos 15 kilogramos

3- Sí, lo hago

4- Tengo pensamientos y ganas de comer y volver a fumar, pero trato de manejarlo.

5- Sí, generalmente sí. En el casamiento de mi hijo estaba angustiada y me comí de todo. Pero al día siguiente del casamiento volví a hacer el plan sin problema.

Antes cuando tenía los 15 kilos de más predominaban las emocione negativas porque no estaba bien conmigo misma. Ahora, en el cambio, trato de que no suceda. De hecho en los grupos siempre tratamos este tema.

6- Voy a Pilates y a talleres grupales.

7- Sí, comencé hace 1 mes, pero todavía no logro concentrarme, me está costando. Pero es cuestión de tiempo hasta que pueda adentrarme.

8- La verdad que sí, acompañarnos en este proceso en el que todos estamos en la misma, es algo único. Nunca pensé que me serviría, pero sí, me ayuda un montón.

9- Hago solo terapia grupal.

10- Sí, el trato de los coordinadores hacia nosotros. Son muy chocantes en algunos aspectos. Pero mejor no hablarlo aquí.

Respuestas de la entrevista a S:

1- Realizo tratamiento hace 3 años

2- Llevo bajados 25 kilos.

3- Sí lo hago, hace dos días tuve un problema y me salí del plan lamentablemente.

4- Generalmente a la noche-tarde me dan ganas de comer algo dulce que claramente no está en el plan y a veces no me privo y lo hago desmedidamente una vez a la semana, como un "*cheat meal".*

5- Mira, en Rosh Hashana me desbordé con la comida, es una fecha triste para mí porque mi esposo hace dos años falleció en esa misma fecha. Entonces me angustio y sin poder manejarlo con toda la comida puesta allí es difícil de controlar y con la tristeza encima.

6- A parte de venir a los grupos, realizo terapia individual y trato de enfocarme en mi trabajo.

7- Sí escuche habar de ello pero no me llama la atención en lo absoluto, sé que hay dos personas que lo hacen y les ha dado resultados, pero todavía no incursione en ello.

8- La terapia grupal me ayuda, y mucho. Me gusta venir porque estamos en la misma condición., escuchar al otro, identificarse y que entiendan por lo que estás pasando es un alivio y un gran hombro. Saber que están allí los terapeutas también para marcarnos cuando

vamos mal o bien. Además, temes los grupos de WhatsApp por si necesitamos apoyo, ayuda y contención en cualquier momento y lugar. Son incondicionales.

9- En realidad, ambas.

10- El tratamiento me hace bien, así que por el momento no.

Respuestas de la entrevista a F:

1- Volví después de 7 años a la clínica y con 50 kilos de más. Estoy hace 8 meses ahora.

2- Baje 25 kilos.

3- En estos momentos, me está costando.

4 y 5- Tengo que sacarme peso, me sube la presión por el exceso de kilos. La ansiedad me puede, y mucho; trato de venir todos los días a la mañana y a la noche, sino en mi casa me como absolutamente todo. Además, no es solo eso, también me veo en el espejo y estoy disconforme con lo que veo, me siento mal, me siento feo. (Tuve que hacer dos en una ya que al paciente se encontraba angustiado, por lo que preferí terminar la entrevista, a lo que el paciente insistió en terminarla y decidí seguir con las demás preguntas).

6- Vengo a terapia grupal, a terapia individual y al gimnasio.

7- No lo hice, escuche en uno de los grupos que vengo sobre meditación pero la verdad es que no lo hago.

8- Por supuesto, es bueno saber que hay gente que te entiende y se encuentra en tu misma situación y mutuamente nos ayudamos, además esta Georgina y Florencia para marcarnos cuando decaemos o tenemos dudas de algo.

9- A mí, la terapia grupal.

10- No, por ahora. Hago lo que me dicen, gracias a ellos bajé de peso.

Respuestas de la entrevista a L:

1- Comencé hace 3 años pero dejé. Luego volví y dejé y ahora hace 6 meses que volví.

2- Los primeros 4 meses baje 8 kilos.

3- Ahora en este momento no lo estoy haciendo de manera impecable, lo supe hacer pero no como dice el plan, porque no logro concentrarme en la dieta. Es una dieta muy pobre en todo.

4- Hace un mes que estoy desbordada con la comida. Falleció una tía y la tristeza, la angustia me llevan a encontrar un refugio en la comida. Como lo que encuentro, pero lo que tenga que ver con harinas y azucares. No puedo controlar esto que siento y hace que me sienta mal, sabiendo que comer de esta manera me hace mal.

5- Sí, las emociones negativas hoy más que nada.

6- Vengo a los grupos, pero la verdad es que la situación me supera al llegar a casa.

7- No escuché hablar de ello y la verdad que por el momento no lo pienso hacer. Apenas vengo dos veces a la semana a los grupos debido al tiempo que me demanda el trabajo.

8- A veces sí, otras no. Pero porque no vengo con regularidad.

9- Terapia individual no estoy haciendo, solo la grupal por ahora. Por el momento no puedo decirte si me ayuda o no, ya que no estoy conectada con el tratamiento en esta etapa de mi vida.

10- Yo cambiaría el plan nutricional, porque para mí, es poca la porción de comida. Pero es lo que funciona y no puedo pedir mucho.