



FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

APORTES DE LAS TICs EN UN TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD

AUTORA: MASALÍAS, CAMILA

TUTORA: RAMOS MEJIA, GABRIELA

BUENOS AIRES, AGOSTO DE 2020

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVO GENERAL	4
2.1. Objetivos específicos.....	4
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1. Obesidad.....	4
3.1.1. Definición de obesidad.....	4
3.1.2. Etiología y consecuencias de la obesidad.....	5
3.1.3. Datos epidemiológicos de la obesidad.....	7
3.2. Tratamiento Terapéutico de la Obesidad.....	8
3.2.1. Terapia Cognitivo-Conductual para el tratamiento de la obesidad..	9
3.2.2. Intervenciones de la terapia Cognitivo-Conductual.....	10
3.2.3. Terapia de grupos en el tratamiento de la obesidad.....	12
3.3. Adherencia al tratamiento.....	13
3.3.1. Definición de adherencia.....	13
3.3.2. Adherencia al tratamiento en pacientes con obesidad.....	16
3.4. Nuevas Tecnologías y Salud.....	17
3.4.1. ¿Qué son las Nuevas Tecnologías (TICs)?.....	17
3.4.2. e-Health: aportes a la salud.....	18
3.4.3. e-Therapy: aplicada en la obesidad.....	20
4. METODOLOGÍA	22
4.1. Tipo de estudio.....	22
4.2. Participantes.....	22
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	23
5. DESARROLLO	23
5.1. Características del uso de las nuevas tecnologías para fomentar la adherencia en un tratamiento para el descenso de peso.....	23
5.2. Beneficios y limitaciones del uso de nuevas tecnologías para la adherencia en un tratamiento para el descenso de peso según los terapeutas.....	27
5.3. Beneficios y limitaciones del uso de nuevas tecnologías para la adherencia en un tratamiento para el descenso de peso según los pacientes.....	30
6. CONCLUSIONES	33

6.1 Síntesis del desarrollo.....	33
6.2 Limitaciones.....	34
6.3 Perspectiva crítica y aporte personal.....	35
6.4. Nuevas líneas de investigación.....	37
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge de la integración de 285 horas cumplidas dentro de la Práctica y Habilitación Profesional. La misma se desarrolló en un centro terapéutico privado especializado en brindar tratamiento integral a personas con obesidad y diversos trastornos de la conducta alimentaria. El centro ofrece planes nutricionales personalizados, educación alimentaria, terapias individuales y grupales, y actividad física adaptada para todas las etapas vitales. Su principal objetivo es modificar hábitos nocivos a través de programas basados en tres pautas conductuales básicas: el corte inmediato con la comida y los excesos, la medida en la porción, y la distancia entre las comidas y con la comida. Estos programas construidos bajo el marco de la psicoterapia cognitivo-conductual se focalizan en la detección de los vínculos adictivos con la comida, como así también en modificar los comportamientos que llevan a comer de más.

La pasantía consistió en observaciones no participantes de diversos grupos terapéuticos enfocados en el descenso de peso.

La elección del tema surge del interés personal por conocer acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, en especial la obesidad y los múltiples factores a ella relacionados. El presente trabajo busca describir e indagar sobre los beneficios y limitaciones del uso de las nuevas tecnologías, con el fin de observar si favorecen la adherencia de pacientes con obesidad que realizan un tratamiento para el descenso de peso.

2. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la utilización de las nuevas tecnologías para fomentar la adherencia a un tratamiento de descenso de peso desde la perspectiva de los pacientes y los profesionales involucrados.

2.1. Objetivos específicos:

- Describir el uso de las nuevas tecnologías para fomentar la adherencia en un tratamiento para el descenso de peso.
- Analizar los beneficios y limitaciones del uso de nuevas tecnologías para la adherencia en un tratamiento para el descenso de peso según los terapeutas.
- Analizar los beneficios y limitaciones del uso de nuevas tecnologías para la adherencia en un tratamiento para el descenso de peso según los pacientes.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Obesidad

3.1.1. Definición de Obesidad

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) la obesidad se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa que, ante la falta de actividad física, produce un desequilibrio energético y el aumento de triglicéridos en el tejido adiposo afectando a la salud (Soca & Peña, 2009). A su vez, es considerada una enfermedad crónica, compleja y multifactorial donde interactúan y confluyen de modo complejo numerosos factores de tipo genéticos, metabólicos, hormonales y socioculturales (Sánchez-Muniz, 2016). Al mismo tiempo, Bersh (2006) incluye factores conductuales y psicológicos como la ansiedad, la depresión, el consumo de alcohol y los trastornos de la alimentación, particularmente el trastorno por atracones. Todos estos agentes contribuyen significativamente en el aumento del peso y la grasa corporal a largo plazo (Sánchez-Muniz, 2016). Ravenna (2006) define a la obesidad como “una consecuencia parcial de la adicción a la comida, en donde hay una interrelación de diversos elementos: el objeto, la persona, la familia y el entorno sociocultural”. Por lo tanto, y en concordancia con los autores mencionados con anterioridad, considera que los factores psicológicos y emocionales que rodean a la obesidad como la ansiedad o la depresión incrementan la expresión de conductas compulsivas, voraces, automatizadas y dependientes, las cuales caracterizan una

personalidad adictiva. Ravenna (2016) entiende al sobrepeso como “la expresión de un desequilibrio en la conducta que se manifiesta en una ingesta inconsciente, sin control o no deseada”.

En tanto al diagnóstico de la obesidad, Barbany y Foz (2002) expresan que una persona podría poseer un peso elevado debido al aumento de la masa muscular, pero no de la masa grasa. Actualmente, se implementan procedimientos antropométricos que estiman la cantidad de tejido adiposo en forma indirecta, aceptando que no siempre puede distinguirse entre masa grasa y masa libre de grasa (Perea-Martinez et al, 2014). La técnica antropométrica utilizada para definir si una persona es obesa o no es el índice de masa corporal (IMC) (Moreno, 2012). El IMC es un indicador que sirve para estimar la relación entre el peso y la talla de una persona, e identificar el sobrepeso y la obesidad de un individuo. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Por lo tanto, un IMC igual o superior a 25 indica sobrepeso, mientras que uno igual o superior a 30 denota obesidad (Perea-Martinez et al., 2014). Dentro de esta última pueden encontrarse tres categorías de acuerdo al valor del IMC: obesidad tipo I (entre 30 y 34,9), tipo II (entre 35 y 39,9) y tipo III o mórbida (40 o superior).

3.1.2. Etiología y consecuencias de la obesidad

Debido al carácter multifactorial de la obesidad, no es posible definir con exactitud los mecanismos etiopatogénicos que la desencadenan (Sanchez-Muniz, 2016). Según Vázquez Velázquez (2004), se precisa de un enfoque bio-psico-social para determinar las causas de la obesidad, debido a la existencia de numerosas teorías etiológicas como: la energética, la neuroquímica, la genética, la celular, la endocrina, la ambiental, y por último, las teorías psicológicas. A su vez, Cuevas y Reyes (2005) consideran la predisposición genética y los factores socio-ambientales que rodean al individuo obeso como las causas principales de la enfermedad.

Martinez-Atienzar, Jiménez-Espinosa, Tarraga-Marcos, Madrona-Marcos y Tárraga-López (2019) afirman que determinados cambios demográficos y culturales propios de las sociedades modernas han afectado y modificado los hábitos de las personas, explicando que hay una mayor tendencia a consumir alimentos ricos en grasas, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas y otros micronutrientes; a la vez que predomina una tendencia a desarrollar estilos de vida sedentarios con escasa actividad física. Ravenna (2006) explica que, si bien todas las personas están inmersas en

contextos sedentarios y con sobre ingesta alimenticia, no todas responden físicamente del mismo modo. Moreno, Marques-Lopes y Martí (2002) agregan que, entre el 40-70% de la variación de los fenotipos relacionados con la obesidad es hereditario, mientras que alrededor del 30% de los casos de obesidad se explican a través de procesos ambientales. Distintos tipos de genes influyen significativamente en una ganancia excesiva del peso, y se estima que entre el 20% y el 30% de los obesos heredaron genéticamente cierta tendencia a engordar, demostrando que los genes son un factor que incide en el apetito, la capacidad de saciedad, el metabolismo, los modos en que se almacena la grasa y la regulación del peso corporal (Ravenna, 2006). Rojas Jiménez, Lopera Valle y Cardona Vélez (2013), por su parte, hacen mención a la teoría de los “genes ahorradores de energía” y el modo en que la acumulación de los mismos en el cuerpo intervienen en el desarrollo de la obesidad. Las personas que poseen estos genes procesan los alimentos de formas más eficientes para depositar grasa en períodos de abundante consumo. Antiguamente, en épocas de escases de alimentos estos genes colaboraban con la supervivencia. Sin embargo, en las sociedades actuales donde predominan los alimentos, los individuos que portan estos genes “ahorradores” son más susceptibles a padecer obesidad.

Por otro lado, Vázquez Velázquez (2004) explica que los factores psicológicos pueden alterar gravemente la conducta alimentaria provocando la aparición de cuadros psicopatológicos como el trastorno por atracones y el síndrome del comedor nocturno. La alteración de las conductas alimentarias responde a un patrón que está asociado al ajuste emocional de los individuos, entendiéndose que: la actividad oral actúa ante la presencia de signos de ansiedad, tristeza o frustración y, por otro lado, sentir hambre reemplaza situaciones de angustia, exaltación o enojo. En último lugar, la comida actúa como una droga que calma determinadas carencias a nivel social (Gold como se citó en Velázquez, 2004). Rojas Jiménez et al. (2013) comentan que existe una asociación entre el estrés producido por determinados eventos o cambios vitales a lo largo de la vida de las personas y el desarrollo de la obesidad. Esto se debe a que ciertos eventos involucran factores emocionales que alteran el equilibrio orgánico y psíquico del ser humano. La incapacidad para lidiar con el estrés psicológico conlleva al aumento de ciertas hormonas que participan en la pérdida del control del apetito y el incremento de la adiposidad, creándose una interrelación dañina en la cual el estrés permite la ganancia de peso y, a su vez, la obesidad facilita la aparición de problemas psicosociales.

Las consecuencias de la obesidad sobre la salud están estrechamente vinculadas con el aumento de la morbi-mortalidad. El aumento excesivo de peso se asocia a factores de riesgo para la salud que aumentan las probabilidades de desarrollar numerosas patologías y enfermedades no transmisibles (ENT) como las siguientes: enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, diversos tipos de cáncer, problemas respiratorios, artritis, síndrome metabólico, trastornos ginecológicos, así como enfermedad venosa, periodontal, hipertensión arterial y problemas en la piel (Manrique, Maza, Carrasco, Moreno & Liberman, 2009; Rivera Pérez, Urrutia Téllez, García Herrera & Farrach Ubada, 2019). A su vez, Soca y Peña (2009) agregan que, las personas con exceso de grasa corporal están expuestas a un mayor riesgo quirúrgico.

Los individuos con obesidad están expuestos a consecuencias tanto psicológicas como sociales que a largo plazo van deteriorando la expectativa y calidad de vida (Perea-Martínez et al, 2014). Asimismo la obesidad es fuente de prejuicios y discriminación social (Ciangura, Carette, Faucher, Czernichow & Oppert, 2017). Según Losada y Rijavec (2017) una de las principales consecuencias psicológicas producto del estigma social de la obesidad es la baja autoestima. A su vez, afirman que la discriminación hacia las personas con obesidad provoca la aparición de ansiedad generalizada, que los mismos buscarán aplacar a través de los alimentos (Losada & Rijavec, 2017).

Calderón Reza et al. (2019) advierten que la obesidad durante la infancia y adolescencia se asocia a mayores probabilidades de padecer obesidad en la vida adulta y consecuentemente algún tipo de discapacidad. Al mismo tiempo puede ocasionar aislamiento social, dificultad para relacionarse con pares, distorsión de la imagen corporal y baja autoestima. Todas estas consecuencias aumentan con la edad y afectan en mayor proporción al sexo femenino (Martínez-Villanueva, 2017).

3.1.3. Datos epidemiológicos de la obesidad

En el año 1998, la OMS declaró a la obesidad como una epidemia, debido a su alcance a nivel global (Sánchez-Castillo, Pichardo-Ontiveros & López-R, 2004). Según datos aportados por esa misma organización en 2016 más de 1.900 millones de adultos mayores a 18 años tenían sobrepeso, de los cuales más de 650 millones eran obesos (38% hombres y 40% mujeres), cifra que representa aproximadamente el 39% de la población mundial (Chung Chooi, Ding & Magkos, 2019). Estudios realizados con el fin de evaluar las tendencias en la obesidad mundial hallaron que el aumento en la

prevalencia es mayor en mujeres que en hombres y se incrementa con la edad (Chung Chooi et al., 2019). Sánchez-Castillo et al. (2004) agregan que este aumento es aún más veloz en los países en vía de desarrollo, donde además enfrentan otros problemas alimenticios como la desnutrición.

De acuerdo a estadísticas realizadas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en el año 2015 los países con menor tasa de prevalencia de obesidad en adultos fueron Corea y Japón con menos del 6%, mientras que los países como Hungría, Nueva Zelanda, México y Estados Unidos se ubicaron entre aquellos con las tasas más altas superando más del 30% (OCDE, 2017). Se estima que para el año 2030 más del 40% de la población mundial tendrá sobrepeso, y más de la quinta parte será obesa si las tendencias actuales se mantienen (Kelly, Yang, Chen, Reynolds & He, 2008).

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2016) en la región de América Latina y el Caribe alrededor del 58% de los habitantes viven con sobrepeso (360 millones de personas), mientras que la obesidad afecta al 23% de la población latinoamericana (140 millones de personas). Es importante destacar que al igual que en otras regiones del mundo, el aumento de la obesidad en América Latina y el Caribe presenta una desproporción según el género que se trate, siendo la tasa de obesidad femenina 10 puntos porcentuales mayor que la de los hombres en al menos más de 20 países (Malo Serrano, Castillo & Pajita, 2017).

En Argentina, el problema del sobrepeso y la obesidad también preocupa y su prevalencia muestra una tendencia ascendente, particularmente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad social. Según la cuarta edición de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR, 2018) el 66,1% de la población total mayor a 18 años tiene exceso de peso. La prevalencia de sobrepeso fue de 33,7%, resultando mayor en los varones con respecto a las mujeres, mientras que la prevalencia de obesidad fue de 32,4%. Algunas jurisdicciones se diferencian del total nacional siendo CABA (17,0%) y Chaco (20,0%) las zonas con menores tasas de prevalencia, mientras que San Juan (34,4%), Santa Cruz (34,0%), Jujuy (31,1%) y Rio Negro (30,0%) presentan las mayores tasas (ENFR, 2018).

3.2. Tratamiento Terapéutico de la Obesidad

Inicialmente los tratamientos para la obesidad se enfocaban únicamente en el problema estético, encaminándose a disminuir el peso mediante restricciones calóricas y

aumentando la actividad física. Debido a que la obesidad está determinada por múltiples factores el tratamiento debería incluir un abordaje interdisciplinario (Bersh, 2006). Duelo Marcosa, Escribano Ceruelo y Muñoz Velasco (2009) expresan que el tratamiento debe apuntar a la reorganización en los hábitos de vida de la persona obesa. El objetivo es lograr un cambio no solo en el comportamiento del enfermo, sino también de su familia y su entorno. El abordaje de la obesidad debe integrar: intervenciones nutricionales personalizadas que apunten a organizar la ingesta reduciendo el exceso de calorías mediante una alimentación equilibrada e intervenciones en el ejercicio físico, disminuyendo el sedentarismo y aumentando la actividad física (Duelo Marcosa et al., 2009; Manrique et al., 2009). Al mismo tiempo, el tratamiento de la obesidad debe contemplar el apoyo psicológico, con el fin de colaborar a largo plazo en el mantenimiento de los logros obtenidos. El mismo puede realizarse en el marco de una terapia grupal o individual y las técnicas recomendadas suelen ser de tipo cognitivo-conductual (Manrique et al., 2009).

3.2.1. Terapia Cognitivo-Conductual para el tratamiento de la obesidad

La terapia Cognitivo-Conductual (TCC) integra técnicas y conceptos de dos enfoques principales: el cognitivo y el conductual, tanto en términos de suposiciones teóricas como en la forma en que se lleva a cabo la práctica psicoterapéutica (Bahls & Navolar, 2004). A la vez resalta abordajes focalizados y directivos (Pérez & Fernández Álvarez, 2002).

La TCC se centra en la conducta y los procesos subyacentes a esta en sus distintos niveles: conductual, cognitivo, fisiológico y emocional (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). Según Bahls y Navolar (2004) los cambios terapéuticos ocurrirán siempre y cuando ocurran cambios en los modos de pensamiento disfuncionales. Fullana, Fernández de la Cruz, Bulbena y Toro (2011) explican que, la TCC ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de trastornos como la obesidad. Sin embargo, Saldaña (2001) expresa que, si bien la TCC resulta efectiva para tratar trastornos de la conducta alimentaria, no ha podido dar una respuesta definitiva al problema del mantenimiento de las pérdidas de peso a largo plazo.

El objetivo de la TCC para la reducción de peso es la modificación de comportamientos y pensamientos, centrando el foco en los estímulos que anteceden a la conducta de comer en exceso (Leija-Alva et al., 2011). De acuerdo con Lafuente (2011), el acento está puesto en “qué debería cambiar” y “cómo puedo hacerlo”. Esta propuesta

consiste en que el paciente pueda observar con atención sus conductas, pensamientos y sentimientos, así como también registrar la relación existente entre estos y sus hábitos alimenticios, con el fin de que pueda encontrar otras alternativas más beneficiosas, mantener una conducta alimentaria adecuada, y modificar aquellos factores de su vida que repercuten en la obesidad (Lafuente, 2011). El terapeuta debe alentar a los pacientes a lograr identificar y poner a prueba sus propias creencias (Hollon, 1998), reconocer las influencias personales y ambientales que regulan la ingesta dejando que el propio paciente sea el agente de cambio (Camilli & Rodríguez, 2008).

Cooper y Fairburn (2001) comentan que la TCC participa en la elaboración de tres cuestiones claves para el cumplimiento a largo plazo del tratamiento: la valoración por parte de los pacientes ante la mínima pérdida de peso, la incitación de los pacientes a la estabilidad del peso y no a la pérdida del mismo como único objetivo y, por último, ayudar en la adquisición de habilidades conductuales y cognitivas excluyentes a la hora de controlar el peso corporal.

3.2.2. Intervenciones de la terapia Cognitivo-Conductual

Las estrategias y técnicas de la TCC están basadas en elementos terapéuticos claves como: la motivación y la psicoeducación, técnicas conductuales, reestructuración cognitiva, imagen corporal y autoestima, impulsividad, las demandas afectivas, la resolución de problemas o la sintomatología depresiva, el entrenamiento y el fortalecimiento de las técnicas de autocontrol y de las habilidades sociales (De la Vega & Cruz, 2018). El objetivo de la psicoeducación en pacientes con obesidad es que aprendan acerca de su padecimiento y se informen sobre los factores sociales, biológicos y personales asociados a la enfermedad, así como también acerca de las consecuencias de la misma en la propia salud y la vida social (De la Vega & Cruz, 2018). Según Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997), la psicoeducación fomenta la adhesión al tratamiento por parte del paciente, a la vez que incrementa su grado de motivación, responsabilidad e implicancia en la prevención y control del peso. Otra intervención básica es el automonitoreo, el mismo consiste en un registro diario en donde el paciente debe detallar por escrito los alimentos que ha ingerido y las circunstancias bajo las que ocurrió (Vázquez Velázquez & López Alvarenga, 2001). La información que proporciona es esencial para la identificación de las influencias

personales y ambientales que regulan la ingesta y permite seleccionar las medidas específicas para modificar los malos hábitos (Bersh, 2006).

Las técnicas de reestructuración cognitiva se centran en la identificación y el cambio de creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas que van determinando o manteniendo el problema (Ruiz et al., 2012). Este tipo de técnicas ayudan a los pacientes con obesidad a identificar actitudes relacionadas con expectativas poco realistas sobre su peso e imagen corporal (Torres et al., 2011), así como a identificar ideas irracionales en relación a cómo socializar, percepción de las propias capacidades y vínculos familiares (De la Vega & Cruz, 2018).

Las técnicas de control de estímulos, por su parte, ayudan a los sujetos a poder, por ejemplo, discriminar entre hambre y apetito, organizar cantidad de comidas y horarios, comer siempre en el mismo sitio sin realizar otras actividades, entre otras (Ruiz et al., 2012). La idea consiste en que estén completamente conscientes del acto de comer sin distractores (Bersh, 2006). Según Alvarado Sánchez, Guzmán Benavides y González Ramírez (2005) las técnicas de autocontrol y autoestima ayudan a que las personas con obesidad logren adquirir suficiente fuerza de voluntad para poder autocontrolarse ante diferentes estímulos relacionados con la comida, así como identificar los atributos que poseen y los que no, pero que desearían alcanzar; el fin es incentivarlos a construir una mayor confianza en sí mismos.

Asimismo, se utilizan técnicas para trabajar las relaciones interpersonales y el manejo del estrés, con el apoyo familiar y social que colabore en la evitación de situaciones de riesgo.

Por otro lado, se utilizan técnicas de “recompensas” para estimular a los pacientes, como también técnicas de “cambios de actitud al comer”. Las mismas apuntan a cambios conductuales a la hora de comer, como dejar de comer rápido y pasar a masticar lentamente, entre otras (Torres et al., 2011).

En último lugar, es esencial que los pacientes obesos aprendan a evitar caídas y, hacerles frente cuando estas ocurran. Para ello se les enseña la diferencia entre caída, recaída y pérdida total de lo conseguido, es importante que los pacientes no adopten actitudes negativas ante ellas. Las técnicas de “solución de problemas” funcionan de forma positiva para evitar posibles recaídas. Con esta técnica los pacientes consiguen identificar las posibles situaciones de alto riesgo y las cadenas conductuales que podrían llevarlos a tener una caída (Caballo, 1998).

3.2.3. Terapia de grupos en el tratamiento de la obesidad

La terapia de grupos es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes en donde, tanto las interacciones paciente-terapeuta como las interacciones paciente-paciente efectúan cambios en la conducta de cada uno de los miembros, es decir, el grupo mismo más allá de las técnicas específicas utilizadas y la conducción de un profesional calificado, sirve como instrumento de cambio (Yalom & Vinogradov, 2001). Dentro del grupo, los pacientes se tranquilizan al verificar que su problema no es único, lo cual permite el reconocimiento de su trastorno y la aceptación de la enfermedad (Lechuga & Gámiz, 2005). Según Alday, Navas, González, Púa y del Olmo (2012) los factores curativos del grupo tales como, el aprendizaje interpersonal, la cohesión grupal o factores existenciales junto con la situación multipersonal de la terapia grupal son factores que favorecen al cambio. Los grupos ofrecen a los pacientes posibilidades de aprender y practicar conductas y cogniciones (Gómez, 2016).

La terapia grupal constituye un recurso útil cuando se incorpora en el tratamiento para la reducción y mantenimiento del peso. Además, la coordinación de los grupos terapéuticos puede llevarse a cabo por diferentes profesionales de la salud, como nutricionistas, médicos y psicólogos (Vilallonga, Repetti & Delfante, 2008). Sierra-Murguía, Vite-Sierra y Torres-Tamayo (2014) afirman que, los pacientes obesos que acuden a terapias grupales muestran mayores niveles de motivación al tratamiento, mejorías en calidad de vida, reducción de depresión y ansiedad. Un grupo posibilita la expresión de emociones relacionadas con la propia enfermedad, a la vez que disminuye el estrés (Sierra-Murguía et al., 2014)

La TCC grupal se enfoca en modificar aquellas estructuras cognitivas que llevan a las personas obesas a ver de forma rígida su problema, como así también los pensamientos y actitudes que están relacionados con la obesidad (Leija-Alva et al., 2011). Participar de grupos psicoterapéuticos para el tratamiento de descenso de peso promueve en los pacientes un auto-cuestionamiento, es decir, una confrontación activa de sus propias conductas y sus creencias (Lafuente, 2011). Según Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga (2014) el grupo fomenta el descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismos y, el establecimiento de nuevas relaciones. En el intento por modificar un vínculo disfuncional y adictivo con la comida toda la estructura psíquica de la persona se moviliza. No se trata únicamente de modificar conductas, se requiere de una toma de conciencia, un “darse cuenta” del autoengaño que los ha llevado a estar obesos, con el fin de desarrollar responsabilidad y abandonar las excusas. Para estos

autores, este proceso ocurre en lo grupal debido a que es más factible poder identificar excusas y negación en los demás antes que en nosotros mismos. El grupo funciona como un motor de la conciencia, y dentro del mismo cada integrante refleja los patrones conductuales y dificultades que uno mismo no es capaz de aceptar, o que distorsiona con el fin de resguardar su auto-concepto (Marcitllach & Fernández de Gamboa Aguinaga, 2014). La terapia grupal permite que las personas se sientan más contenidas, siendo un escenario que les permite compartir experiencias y vivencias con sus pares, comentar acerca de los logros y dificultades, además les permite tener un seguimiento controlado de la dieta (Vilallonga et al., 2008) Por otro lado, los grupos generan cierta percepción de pertenencia y de apoyo, siendo estos factores imprescindibles para una adherencia terapéutica positiva (Sierra-Murguía et al., 2014). Swancutt, Tarrant y Pinkney (2019) coinciden en el valor de experimentar una identidad social compartida, es esencial que los pacientes se sientan miembros del grupo. El apoyo social colabora en la autoeficacia y en el logro de los propios objetivos, por el contrario, una escasa identidad social se asocia con una peor adherencia al tratamiento, niveles más bajos de asistencia a los grupos y escasa pérdida de peso. Kotkov (1953) agrega que, en los grupos terapéuticos con pacientes obesos, la impaciencia y la necesidad de un éxito rápido son un patrón de reacción característico que el terapeuta deberá abordar con el fin de reducir posibles tensiones y, desterrar la tendencia a pensar en el tratamiento de un modo “mágico”.

3.3. Adherencia al tratamiento

3.3.1. Definición de adherencia

Según la OMS (2003) el término adherencia se define como: el grado en que el comportamiento del paciente se corresponde con las recomendaciones médicas acordadas con el profesional de la salud, desde la toma de medicamentos, el seguimiento de un régimen alimentario hasta la producción de cambios en el estilo de vida. Esta definición se basa en la realizada por Haynes (1979), quien utilizó el término “cumplimiento” y lo definió como: “la medida en que el comportamiento del paciente coincide con las prescripciones otorgadas por el médico”. Sin embargo, resulta importante comprender la diferencia entre ambos conceptos, entendiendo que, el término “adherencia” implica la colaboración activa y voluntaria del paciente y su conformidad en relación con las recomendaciones recibidas; mientras que, el término “cumplimiento” ubica al sujeto en un rol pasivo y sumiso, considerándolo incapaz de

tomar sus propias decisiones y siendo fiel a las prescripciones que se le otorgan (Ferrer Pérez, 1995). No obstante, en la práctica clínica ambas expresiones se utilizan de manera indistinta (Dilla, Valladares, Lizán & Sacristán, 2009).

La adherencia terapéutica es un fenómeno múltiple, complejo y dinámico que involucra un sinfín de conductas y acuerdos entre el profesional y el paciente (Ortega Cerda, Sánchez Herrera, Rodríguez Miranda & Ortega Legaspi, 2018; Reyes-Flores, et al., 2016). Los inconvenientes en la adherencia terapéutica pueden ocurrir por ausencia, exceso o por defecto en el seguimiento de las recomendaciones. A su vez, pueden suceder en cualquier momento y circunstancias, e incluso puede afectar a una parte del tratamiento y no al total. Además, la falta de adherencia puede ser intencionada o no intencionada (Conthe et al., 2014). Por lo tanto, al hablar de “fracaso en la adherencia” se hace referencia a un fenómeno multidimensional y no unitario (Ferrer Pérez, 1995; González & Pisano, 2014). De acuerdo con Ortiz y Ortiz (2007) los tratamientos que buscan generar cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, familiar, etc.) del paciente presentan altos porcentajes de no adherencia. El no cumplimiento dificulta la efectividad del tratamiento, al mismo tiempo que prolonga la terapia, perpetua la enfermedad e incluso aumenta la mortalidad. Haynes (1979) identificó más de 200 factores que se encuentran relacionados con la adherencia terapéutica. Por su parte, la OMS (2003) distingue cinco tipos de factores: socioeconómicos (falta de recursos, creencias religiosas, nivel educativo, sexo, género, etc.), relacionados con la atención médica (consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin adecuada preparación, etc.), relacionados con la enfermedad o condición del paciente (gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad tanto física, psicológica o social, la velocidad de progresión, etc.), relacionados con el tratamiento (la complejidad del mismo, la duración, los fracasos terapéuticos anteriores, los cambios constantes en el tratamiento y los efectos adversos) y, relacionados con la autonomía del paciente (autoeficacia percibida, entre otras.).

Así como existen distintas definiciones de adherencia existen múltiples métodos para medirla, esto no resulta ser una tarea sencilla si se piensa en la medición de una conducta. Los métodos de medición se clasifican en métodos directos e indirectos. Los primeros apuntan a determinar los niveles de un fármaco en el organismo (exámenes de sangre, orina, etc.), y resultan ser fiables, costosos y complicados; por estas razones quedan limitados a la investigación y no suelen ser útiles en la práctica. Los segundos, por otro lado, si bien presentan limitaciones en su validez, son los más simples de

aplicar en la práctica diaria. Se basan en observaciones directas, cuestionarios o controles que miden, por ejemplo, conductas de cumplimiento dietético, conductas generadoras de salud, de ejercicio físico, relaciones sociales, etc. (González & Pisano, 2014).

De acuerdo con Ventura Carmona, Ruiz-Muelle y López Rodríguez (2019), una buena adhesión dependerá del valor que el paciente le otorgue al régimen terapéutico y al grado de confianza que posea para alcanzar sus objetivos. Es necesario abordar la motivación y la autoconfianza del paciente para aumentar la adherencia. Gustavo et al. (2017) comentan que, se deben implementar programas de educación que aborden temas como los factores de riesgo de cara a aumentar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad. Sin embargo, Ventura Carmona et al. (2019) consideran que el uso aislado de la intervención educativa no generaría una mayor adherencia al tratamiento, sino que se requiere de la combinación de varias intervenciones. Asimismo, agregan que es esencial abordar y comprender la función que cumplen las creencias que poseen los pacientes acerca de su enfermedad y del tratamiento. Se observó que, cuando los pacientes no perciben la enfermedad como una amenaza real para su salud no suelen realizar muchos esfuerzos en cumplir con los cambios prescritos en sus estilos de vida (Ventura Carmona et al., 2019). Otro aspecto a destacar es la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente. Esta debe ser eficaz, sin tecnicismos y cercana al paciente, para facilitar la comprensión de la información sobre las recomendaciones pautadas. El profesional debe hacer uso de un tono afectivo positivo que incremente la satisfacción del paciente respecto del servicio que este aspira recibir (Pozo, Alonso & Hernández, 2007). Por último, se ha observado que cuanto mayor es la complejidad y duración del tratamiento menor es la adherencia, siendo más efectiva en los casos donde el tratamiento es corto y sencillo (Salinas Cruz & Nava Galán, 2012).

Dado que el origen del incumplimiento es multifactorial, el abordaje de este resulta complejo y las evidencias disponibles no aseveran con precisión qué estrategias de intervención mejorarían las tasas de incumplimiento (Dilla et al., 2009; Orueta, 2006). No obstante, cada paciente es único y la presentación de la enfermedad varía en cada caso, por lo que no resulta beneficioso orientar las estrategias de intervención a modelos estandarizados, más bien se debe optar por estrategias eficaces de intervención individualizadas (Ortega Cerda et al., 2018).

3.3.2. Adherencia al tratamiento en pacientes con obesidad

En los tratamientos de la obesidad las conductas a modificar son complejas e implican cambios en los hábitos y estilos de vida a largo plazo, siendo este un hecho que entorpece la adherencia al tratamiento (Leija-Alva et al., 2019). Se estima que un 80% de las personas que inician un tratamiento para la pérdida de peso tienden a abandonarlo previo a su finalización (Mendoza, Ledezma, Lezama, Hermenegild & Saldaña, 2020).

La adherencia a las recomendaciones para modificar hábitos de vida no saludables propios de la obesidad implican el abandono de comportamientos de riesgo que son muy resistentes al cambio, como el sedentarismo y las dietas inapropiadas (Rodríguez, Rodríguez & Domínguez, 2015). Desde el Modelo Transteórico del comportamiento en salud se explica el cambio como un proceso que implica la progresión a través de una serie de etapas. En la etapa de pre-contemplación, la persona no tiene aún la intención de realizar cambios en su comportamiento. En segundo lugar, está la etapa de contemplación, en donde la persona intenta formalmente modificar su comportamiento en los próximos meses. En la tercera etapa, la de preparación, la persona toma una decisión de cambio a través de un compromiso propio e intenta efectivamente cambiar dentro del futuro inmediato. La cuarta etapa es la acción, donde la persona realiza cambios exteriorizados y medibles en su comportamiento; este período varía entre uno y seis meses. En último lugar se encuentra la etapa de mantenimiento que se caracteriza por los intentos de estabilizar el cambio comportamental logrado. Esta última demanda un período aproximado de seis meses, después del cambio observable, en el que la persona trabaja activamente en la prevención de recaídas (Cabrera & Gustavo, 2000). La clave para obtener cambios en la conducta reside en: decidir cambiar, comprometerse y responsabilizarse del proceso terapéutico (Prochaska & DiClemente, 1983).

Según diversos estudios (Brosens, Terrasa, Ventriglia & Discacciatti, 2015; Martínez, Cedillo & Aranda, 2016; Mendoza et al., 2020) existen distintos factores que facilitan o entorpecen la adherencia al tratamiento de la obesidad. Entre los factores hallados se encuentran en primer lugar el apoyo social; siendo importante ya que las personas suelen interactuar mediante los alimentos y, muchas veces el núcleo social de la persona con obesidad desconoce cuánto afecta esta conducta a su tratamiento. La ausencia de apoyo social y la falta de autocontrol potencian el abandono en los intentos por cambiar los hábitos. Otro factor es la construcción de una relación de confianza, no

solo con el profesional de la salud sino también entre pares, que aumente el compromiso del paciente y reduzca las ausencias a citas de seguimiento. La adherencia dependerá de la implicación personal del paciente, su motivación, su autoeficacia y de los conocimientos que posea respecto a su enfermedad como, por ejemplo, comprender que la obesidad es una condición crónica, aceptar el plan alimentario y mantener una buena motivación tanto al inicio como al final del tratamiento. Por último, se hallaron las responsabilidades y obligaciones del individuo como distractores que dirigen la atención del sujeto a cuestiones ajenas a su persona (Brosens et al., 2015; Martínez et al., 2016; Mendoza et al., 2020). Según Pomares Ávalos, Vázquez Núñez y Ruíz Domínguez (2017) los pacientes que tienen una vida laboral más activa cuentan con menores posibilidades de adherirse al tratamiento. A su vez, Brosens et al. (2015) agregan que, la redefinición de expectativas es un factor que facilita la adherencia. Las falsas expectativas generan sentimientos de negación y frustración debido a que, se centran únicamente en el descenso de peso y no en el bienestar global. Según Mendoza et al. (2020) estas expectativas irreales son provocadas por ideales de belleza socialmente aceptados que llevan a la persona con obesidad a la desmotivación y al posterior abandono del tratamiento.

Distintos estudios señalan que intervenciones cognitivo-conductuales en combinación con actividad física, apoyo social, modificación de dietas, psicoeducación, monitoreo y seguimiento clínico-nutricional promueven la adherencia en programas para la reducción de peso (Burgess, Hassmén, Welvaert & Pumpa, 2017; Leija-Alva et al., 2019; Martínez et al., 2016).

3.4. Nuevas Tecnologías y Salud

3.4.1. ¿Qué son las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs)?

Los desarrollos de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) están dados por los avances científicos producidos en el seno de la informática y las telecomunicaciones (Ortí, 2011). Martínez Domínguez (2018) las define como “herramientas y procesos para acceder, recuperar, guardar, organizar, manipular, producir, intercambiar y presentar información por medios electrónicos”. Por otra parte, Roblizo y Cózar (2015) las describen como “un fenómeno revolucionario, impactante y cambiante, que abarca tanto lo técnico como lo social y que abarca todas las actividades humanas, laborales, formativas, académicas, de ocio y de consumo”.

Las TICs son un conjunto de herramientas tecnológicas que facilitan la comunicación y, se caracterizan por su universalidad, accesibilidad, interconexión a las fuentes de información online, inmaterialidad, instantaneidad e innovación (Muñoz & Cubo, 2019), siendo los principales representantes las computadoras, la informática, el Internet y los teléfonos inteligentes (Grande, Cañon & Cantón, 2016). Según Ortí (2011), el elemento con mayor impacto social en la actualidad es el internet, ya que ha logrado cambiar y redefinir los modos en que el hombre conoce y se relaciona. De igual modo, De Pablos (2008) comenta que las TICs cumplen un rol importante tanto en el ámbito socio-cultural como en el económico a nivel global. Además, agrega que, si bien las mismas surgieron como componentes ajenos, hoy en día han pasado a formar parte de la realidad y cotidianidad de muchas personas.

3.4.2. e-Health: aportes a la salud

El concepto de *e-Health*, o *e-Salud* en español, engloba múltiples aplicaciones posibles de las TICs en el campo de la salud (Fernández & Oviedo, 2010). La OMS (2005) define la e-Salud como, “el uso rentable y seguro de las TICs en apoyo a la salud y los ámbitos a ella relacionados, incluidos los servicios de atención y vigilancia de salud, información, educación, conocimiento e investigación en salud”. No obstante, Pernet, Gutiérrez, Jiménez y Bermúdez-Tamayo (2007) agregan que, es necesario conocer las limitaciones presentes en las TICs para lograr alcanzar un potencial desarrollo de sus beneficios en el ámbito de la salud. Estas son en primer lugar, la desigualdad en la accesibilidad a internet entre las distintas poblaciones del mundo - la denominada brecha digital. En segundo lugar, se encuentran los conocimientos y actitudes que las personas pueden tener acerca del uso de las mismas, siendo imprescindible el aprendizaje de nuevas habilidades. Por último, se encuentra la falta de filtros adecuados ante la enorme cantidad de información que circula en la web como un hecho que afecta la calidad y confiabilidad de la misma.

De acuerdo con Díaz de León-Castañeda (2019), los componentes de la e-Health han optimizado los sistemas de salud. Según el autor estos serían: los sistemas de almacenamiento y gestión de información que mejoran los procesos administrativos, la telemedicina que permite el acceso a los servicios de salud a poblaciones en espacios remotos, teléfonos inteligentes que permiten la monitorización por parte de los profesionales tanto de la actividad física como de las condiciones de salud de los pacientes. Esto último conforma la denominada *m-Salud* (Wang et al., 2014). Por otro

lado, las redes sociales permiten ampliar las redes de apoyo, aspecto importante en pacientes crónicos. En último lugar, el uso de páginas web para la promoción y educación en salud, informan acerca de hábitos saludables empoderando a los pacientes en la toma de mejores decisiones para su salud (Díaz de León-Castañeda, 2019). Según Børø Sund y Varsi (2019) las intervenciones de la e-Salud se apoyan en la atención centrada en el paciente, buscando mejorar el acceso y calidad en los servicios de atención. Además, brindan apoyo y proporcionan habilidades necesarias para que los pacientes logren un mejor manejo de su enfermedad. Todas estas herramientas están enfocadas en mejorar las acciones de salud dentro diversas áreas: prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y gestión (Fernández & Oviedo, 2010).

Varios son los estudios dedicados a la e-Salud. González Rodríguez y Cardentey García (2016) comentan que, el uso de tecnologías en la atención primaria de la salud aporta avances en la calidad de atención y ofrece a los pacientes mayor seguridad. Por otro lado, Robledo-Madrid (2020) halló que, la implementación de TICs en un modelo de asistencia médica intercultural resultó ser rentable. El mismo contribuyó en la creación de vías de comunicación más eficaces, soluciones innovadoras y mejores accesos a la salud. Sin embargo, el autor comenta que, si bien el uso de estas herramientas tiene un impacto positivo deben ser utilizadas en combinación con otras tradicionales. Hernández-Pinzón y Flórez-Flórez (2017) adhieren a este último supuesto y agregan que la utilización de mensajes de texto y el envío de correos electrónicos, como recordatorios semanales para la toma de medicación, la transmisión de información sobre su enfermedad, entre otras, facilita e incrementa la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas. En otro estudio, se determinó que el incremento en el uso de herramientas como YouTube, Twitter o blogs permite a los pacientes encontrar ayuda de forma online, información sobre su salud, unirse a otras personas con inquietudes similares e incluso crear su propio contenido, logrando una auto-educación en los pacientes (Gabarrón & Fernández-Luque, 2012). No obstante, Saiz y Echegaray-Eizaguirre (2017) advierten que, el hecho de que cualquier persona pueda crear y distribuir contenidos de salud, sumado a la gran cantidad de información que circula por la web dificultan la selección de fuentes fiables.

Por otro lado, Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani y Riva (2003) refieren que los grupos de autoayuda en línea proporcionan información práctica, experiencias compartidas y modelos positivos, demostrando ser una herramienta de apoyo eficaz en

el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). A su vez, Apolinario et al. (2018) reportan que la auto-gestión de la salud reduce los tiempos de hospitalización e influye positivamente en la calidad de vida de los pacientes.

Las TICs han generado un gran impacto dentro de la psicología clínica, siendo un recurso que ha mejorado los tratamientos tradicionales empleados hasta el momento (Castelnuovo et al., 2003). La Realidad Virtual (RV), por ejemplo, es utilizada en el tratamiento de trastornos de ansiedad - como fobias específicas- y, también en TCA y obesidad para tratar alteraciones de la imagen corporal. Además, se encuentran la terapia online y los teléfonos móviles que ofrecen intervenciones personalizadas, en el lugar y momento indicados, permitiendo que un mayor número de personas accedan a tratamientos psicológicos. Las terapias a través de las TICs intentan centrarse en factores muy concretos del tratamiento, brindando un mejor acercamiento al paciente y abordando temas como: la regulación de emociones, adherencia al tratamiento o el incremento de hábitos saludables. Asimismo, optimizan la monitorización, los feedback y los refuerzos en los tratamientos de la obesidad o en la adicción al tabaco, por citar algunos ejemplos (Botella, Quero, Serrano, Baños, & García-Palacios, 2009; Bornas, Rodrigo, Barceló & Toledo, 2002; Castelnuovo et al., 2003).

3.4.3. e-Therapy: aplicada en la obesidad

Un nuevo concepto ha surgido dentro de los tratamientos psicológicos, la *e-Terapia* (e-Therapy). La misma se presenta como una evolución de las psicoterapias tradicionales, y ofrece asistencia personalizada, continua y ubicua para cada paciente mediante medios tecnológicos. El objetivo de la e-Terapia en el tratamiento de la obesidad es mejorar la eficiencia de este, adaptándose a los estilos de vida de los pacientes y, brindando apoyo y monitoreo continuo (Aguilar-Martínez et al., 2014; Zaragoza, Guixeres & Alcañiz, 2009).

Los teléfonos inteligentes brindan una amplia gama de herramientas y aplicaciones (apps) que resultan ser útiles en el control de sintomatología - registro y supervisión del estado de ánimo, pensamientos disfuncionales, ingesta, actividad física, etc.- y, en el seguimiento de prescripciones clínicas (Moreno Cano, 2017). A su vez, Naslund, Aschbrenner, Barre y Bartels (2015) agregan que las tecnologías de salud móvil (m-Health) son herramientas de bajo costo y fáciles de usar. Varias investigaciones han demostrado la eficacia de aplicaciones móviles, tanto en la prevención como en la pérdida y el mantenimiento del peso en la obesidad. Estas apps

promueven estilos de vida más saludable y sus principales funciones son: aumentar y medir la adherencia a la actividad física, informar acerca de dietas saludables y equilibradas, estimular el auto-monitoreo y motivar a los usuarios a bajar de peso (Jacobs, Radnitz & Hildebrandt, 2016; Lopes, Silva, Rodrigues, Lloret & Proença, 2011; Madrona Marcos et al., 2020). Otras apps disponibles incluyen el uso de herramientas de cambio de comportamiento como el autocontrol, establecimiento de objetivos, sistemas de recompensa y apoyo entre pares. Al mismo tiempo, brindan información relevante mediante mensajes de texto acerca de la importancia del sueño para el control del peso, por ejemplo (O'Malley, Dowdall, Burls, Perry & Curran, 2014).

Por otro lado, la utilización de RV, en combinación con TCC, dedicada a intervenir en las distorsiones en la imagen corporal ha demostrado ser efectiva en promover la motivación al cambio, la auto-eficiencia y en mejorar la satisfacción corporal (Alcañiz, Botella, Baños, Zaragoza & Guixeres, 2009). A su vez, Guevara-Valtier et al. (2019) comentan que las personas con obesidad no desarrollan cuidados apropiados en su salud si no perciben que están en riesgo. Por lo tanto, un uso correcto de las TICs para la búsqueda de información en salud aumenta la percepción de riesgo de enfermedades y funciona como un factor de protección. Otros usos de las TICs para el tratamiento de la obesidad incluyen videoconferencias, chat grupal, control de peso mediante balanzas conectadas a Internet, centros de atención telefónica, diversos programas de Internet, entre otros. Todos estos recursos se caracterizan por brindar a los pacientes monitoreo y feedback por parte de los profesionales, beneficiando el control de peso y aportando un abordaje conductual más intensivo a largo plazo (Alamuddin & Wadden, 2016; Heymsfield, et al., 2018; West, Stansbury, Krukowski & Harvey, 2019).

Es importante entender que el apoyo tecnológico no funciona como un sustituto de la asistencia médica, sino como una herramienta más que, acompaña al tratamiento y proporciona continuidad entre entornos clínicos y la vida diaria de los pacientes (Batsis et al., 2019; Castelnuovo & Simpson, 2011). Además, facilitan el acceso a la salud a quienes padecen obesidad, pero viven en áreas remotas o sufren algún tipo de discapacidad que les impide asistir a las citas médicas (Batsis et al., 2019). Según Zwickert et al. (2016) el mínimo uso de las TICs en el abordaje de la obesidad puede producir cambios positivos, tanto en términos psicológicos como conductuales a largo plazo. El autor agrega que estas intervenciones reducen los atracones, los pensamientos que llevan a comer en exceso y mejoran la capacidad de evitar situaciones proclives a

comer, como por ejemplo, el enfrentarse a la presión social para comer. Haugen, Tran, Wyatt, Barry y Hill (2007) refieren que, las TICs refuerzan los conocimientos y habilidades alcanzados durante el período de pérdida de peso y, contribuyen en un posterior mantenimiento del peso exitoso.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo cualitativo

4.2. Participantes

El estudio constó de un grupo compuesto por 15 personas aproximadamente que asistieron a los grupos terapéuticos para el descenso de peso, los mismos son mayores de edad de entre 20 y 70 años, y de ambos sexos siendo en su mayoría mujeres. Se entrevistaron a 10 pacientes. Además participaron del estudio cuatro psicólogos - tres mujeres y un hombre - que poseen una amplia experiencia en el ejercicio de su profesión y coordinan, desde un enfoque cognitivo conductual dichos grupos terapéuticos hace varios años en la institución.

4.3. Instrumentos

Observación no participante de grupos terapéuticos organizados por la institución para el tratamiento de la obesidad, con el fin de recolectar información acerca del uso de nuevas tecnologías en un tratamiento para el descenso de peso.

Entrevistas semi-estructuradas a los coordinadores (psicólogos) de los grupos de descenso de peso que trabajan en el centro terapéutico, y a los pacientes que participan en un tratamiento para el descenso de peso. Se buscó examinar los beneficios y limitaciones en el uso de nuevas tecnologías desde la perspectiva de los profesionales y los pacientes involucrados en los grupos terapéuticos y los pacientes.

Ejes de la entrevista:

- Tipos de usos de nuevas tecnologías en pacientes y terapeutas
- Frecuencia en el uso de nuevas tecnologías en pacientes y terapeutas
- Beneficios del uso de nuevas tecnologías según los pacientes
- Limitaciones del uso de nuevas tecnologías según los pacientes
- Beneficios del uso de nuevas tecnologías según los terapeutas
- Limitaciones del uso de nuevas tecnologías según los terapeutas

4.4. Procedimiento

Se observó de manera no participativa y se tomaron notas acerca de los grupos terapéuticos de manera semanal cuya duración fue de una hora y media aproximadamente.

Además, se realizaron entrevistas semi-estructuradas individuales a los pacientes y a los psicólogos que coordinan los grupos terapéuticos con una duración aproximada de 20-25 minutos.

5. DESARROLLO

5.1. Características del uso de las nuevas tecnologías para fomentar la adherencia en un tratamiento para el descenso de peso

En este apartado se analizarán las características del uso de las TICs para promover la adherencia en un tratamiento de descenso de peso. En terminos generales, se ha observado que los principales aportes de las mismas son: la posibilidad de llevar un correcto control del peso y de la dieta mediante el auto-monitoreo, y el seguimiento entre pacientes y profesionales. Al mismo tiempo, estos factores conducen al aumento de la motivación, la auto-confianza y amplian las redes de apoyo, los cuales cumplen un rol fundamental a la hora de alcanzar la adherencia total o parcial del paciente al tratamiento (Ventura Carmona et al., 2019). Esto se debe a la flexibilidad que ofrecen las TICs, adaptándose a las necesidades de cada paciente. Se ha podido observar que los profesionales de la institución logran desplegar intervenciones individuales con cada paciente en el momento exacto en que el mismo lo demande. Esto coincide con lo citado en el marco teórico de este trabajo, en tanto las intervenciones que ofrece la e-Salud se apoyan en una atención centrada en el paciente mejorando el acceso y calidad de la misma (Børøsdund & Varsi, 2019).

Con el fin de aumentar el apoyo social los pacientes hacen uso de *Whatsapp* (Wapp), la misma es una aplicación para teléfonos inteligentes que permite la comunicación con otros a través de chats y videollamadas. El implemento de esta herramienta permite a los pacientes comunicarse de manera individual, por ejemplo, para indagar sobre las causas de ausentismo en los grupos. En general, este tipo de intervención suele ser fomentada indirectamente por los terapeutas del grupo. Al mismo tiempo, los pacientes comparten grupos de Wapp. Los mismos están conformados bajo diferencias y similitudes entre los mismos, en tanto: horarios de asistencia a los grupos, clases de actividad física o talleres compartidos, edad, género, entre otras. Según

Castelnuovo et al. (2003) los grupos de chats ofrecen apoyo social, promueven el intercambio de información y de experiencias similares. Diversos pacientes confirmaron que utilizan este medio para compartir recomendaciones y consejos útiles en los momentos difíciles del tratamiento, como por ejemplo, modos de afrontamiento efectivos ante situaciones de exposición a la comida. Uno de los terapeutas entrevistados coincide con este argumento, afirmando que *“es importante que los pacientes construyan redes de apoyo durante el tratamiento. Cuanto más los ven comprometidos, siendo seguros y coherentes más los apoyan y acompañan las redes”*. Por otro lado, se observó que este tipo de herramienta beneficia de manera positiva la motivación de los pacientes con el tratamiento. Esto se vió reflejado en las entrevistas con los pacientes, quienes expresaron hacer mayor uso de la misma durante etapas de incumplimiento con la dieta. En este sentido, la aplicación funciona como un reforzador positivo que los motiva a retomar o continuar el tratamiento con una *“conducta dietante impecable”*.

En lo que respecta al control del peso y la dieta, Wapp permite el seguimiento del tratamiento entre los pacientes y terapeutas. Para ello, los mismos brindan sus números telefónicos con el objetivo de que los pacientes envíen diariamente su peso, y en ocasiones agreguen fotos de su dieta. De este modo, los mismos reciben un feedback y monitoreo por parte de los terapeutas, esto se corresponde con los aportes de Stansbury et al. (2019), quienes consideran que la finalidad de esta intervención consiste en beneficiar el control del peso y contribuir en un abordaje conductual más intensivo. El registro diario del peso es un factor clave para el auto-monitoreo. En la práctica los pacientes alcanzan un mayor control de su peso a través de la aplicación que ofrece la institución. La misma se encarga de llevar el registro de peso e ingesta diaria de los pacientes, y estos pueden visualizar su historial de descenso como así también los turnos pactados con los profesionales de la clínica. Todos los pacientes entrevistados refirieron conocer y utilizar esta app de manera regular. Siguiendo los aportes de Moreno Cano (2017), este tipo herramienta facilita el seguimiento de prescripciones médicas y estimula el auto-monitoreo durante todo el tratamiento.

De acuerdo a la información derivada de las observaciones y las entrevistas, la asistencia regular a los grupos resulta ser otro factor significativo en lo que respecta a la adherencia. Según una de las psicólogas entrevistadas *“para poder mantener el tratamiento lo más importante es venir a los grupos”*. Sin embargo, muchos de los pacientes que conforman los grupos residen en zonas alejadas a la institución (por

ejemplo, en otras provincias), no disponen de una sede cercana a su domicilio (pacientes que viven fuera de Capital Federal) o suelen realizar viajes de turismo o por trabajo, lo que dificulta que asistan a los grupos con regularidad. Por lo tanto, con el propósito de acercar el tratamiento a estos pacientes, la clínica utiliza una plataforma llamada *YouTube*. A través de esta la clínica ofrece grupos terapéuticos de forma online mediante transmisiones en vivo. En este sentido, los pacientes que no pueden presenciar físicamente los grupos se adhieren a los mismos mediante esta herramienta. Esta plataforma no solo les ofrece participar de los grupos de forma remota, sino que también les permite comunicarse en tiempo real con otras personas que están observando la transmisión en vivo. Además, el acceso a este contenido es libre y gratuito, lo que permite que un mayor número de personas interesadas en bajar de peso puedan acceder a ellos y consecuentemente a un tratamiento dirigido por profesionales (Botella et al., 2009). De este modo, como se ve reflejado en lo planteado por Batsis et al. (2019), este recurso tecnológico mantiene a los pacientes conectados de manera constante con el tratamiento.

Por otro lado, se ha observado que el uso de las TICs durante el tratamiento proporciona a los pacientes información útil sobre su salud. Un 70% de los pacientes entrevistados afirmó haber utilizado la herramienta *Google* (un motor de búsqueda de información online) para investigar acerca de algún síntoma o malestar que estuviera padeciendo. Mientras que un 30% de los entrevistados comentó utilizar esta herramienta para la búsqueda de páginas web saludables, como por ejemplo, blogs sobre dietas saludables y ejercicios físicos. La búsqueda de información acerca de sintomatología genera en los pacientes un aumento en la percepción del riesgo de padecer alguna enfermedad y los motiva a realizar mayores consultas con los profesionales de la salud (Guevara-Valtier et al., 2019). Al mismo tiempo, el aumento de información sobre alimentación saludable y actividad física otorga a los pacientes conocimientos útiles a la hora de distinguir entre alimentos ricos en proteínas y altos en carbohidratos; a la vez que adoptan mejores rutinas de entrenamiento. Durante las entrevistas, los pacientes comentaron que los blogs funcionaban como “*fuentes de inspiración*” para mantener la continuidad con el tratamiento. Esto se relaciona con lo expresado por Díaz de León-Castañeda (2019) y Guevara-Valtier et al. (2019), quienes afirman que el uso de páginas web proporciona educación en salud e informan acerca de hábitos saludables, lo que conduce a los pacientes a la toma de mejores decisiones para su salud.

Las características de las TICs que hasta aquí se han mencionado han demostrado afectar positivamente a la eficacia del tratamiento para el descenso de peso. Tanto psicólogos como el resto de los profesionales que trabajan en la clínica promueven la utilización de las TICs como un elemento que *“complementa y sostiene al tratamiento”*. Este argumento concuerda con lo expresado por Batsis et al. (2019), quienes refieren que el uso de las TICs no debe apuntar al reemplazo total del tratamiento. Se observó que complementar el mismo con herramientas tecnológicas afecta de manera positiva la adherencia en aquellos pacientes que a raíz de diversas circunstancias personales no pueden asistir a la clínica. Siguiendo esta línea, Castelnuovo y Simpson (2011) expresan que las TICs cooperan en la integración entre el tratamiento y la vida diaria de los pacientes.

No hay que olvidar que la adherencia es un término multidimensional (Ferrer Pérez, 1995; González & Pisano, 2014), por lo tanto las fallas en la misma pueden ocurrir a causa de numerosos factores y durante diversas circunstancias. Siguiendo esta línea, uno de los terapeutas entrevistados comenta que *“el tratamiento puede fallar por exceso o por defecto. Lo mejor es que los pacientes no se salteen comidas, ya que no bajan de peso y después buscan compensar”*. De acuerdo a las entrevistas realizadas, todos los pacientes afirmaron utilizar a lo largo del tratamiento al menos dos o más de las herramientas aquí desarrolladas, y argumentaron haberse sentido *“acompañados”* y *“ayudados”*, siendo estos los principales efectos derivados de este uso. Esto se relaciona con lo expuesto por Ventura Carmona et al. (2019) y Zwickert et al. (2016), quienes explican que el mínimo uso de las TICs dentro del tratamiento para la obesidad puede producir cambios positivos, tanto en términos psicológicos como conductuales y mejorar la adherencia a largo plazo.

A modo de conclusión, se puede afirmar que el implemento de las TICs, como Whatsapp o Youtube por ejemplo, promueven dentro del tratamiento un mayor aumento de la motivación, la auto-confianza y amplian las redes de apoyo de los pacientes. Al mismo tiempo, la utilización de motores de búsqueda online participan en la adquisición de información y educación sobre su salud. Todos estos aspectos resultan ser importantes para alcanzar una adherencia eficaz.

5.2. Beneficios y limitaciones del uso de nuevas tecnologías para la adherencia en un tratamiento para el descenso de peso según los terapeutas

En el presente apartado se buscará indagar acerca de los beneficios y limitaciones del uso de nuevas tecnologías para el tratamiento de descenso de peso según la perspectiva de los terapeutas. En lo que concierne al uso de las TICs en un tratamiento para el descenso de peso, se ha observado que el 100% de los terapeutas entrevistados consideran imposible evadir el uso de las mismas. Al respecto, uno de los terapeutas comenta *“el uso de la tecnología es un fenómeno masivo, actualmente todos vivimos la vida a través de un celular”*. Este argumento concuerda con De Pablos (2008), quien refiere que las TICs ocupan un rol primordial en el ámbito socio-cultural, formando parte de la realidad y cotidianeidad de muchas personas. De acuerdo con el contenido desarrollado en apartados anteriores, la implementación de las TICs abre nuevos espacios de trabajo que extienden la intervención clínica a nuevas áreas, alcanzando a los pacientes en todo momento y lugar (Aguilar-Martínez et al., 2014; Zaragozá et al., 2009). Si bien es cierto que este hecho proporciona grandes beneficios, también es cierto que presenta desventajas a la hora de sostener la eficacia del tratamiento.

De la información obtenida a partir de las entrevistas con los terapeutas, se ha observado que la mayoría de ellos coincide en que el uso de las TICs aporta amplias ventajas al vínculo comunicacional. Los mismos comentaron que, las nuevas tecnologías permiten una mayor proximidad con los pacientes y se adaptan a los estilos de vida de los mismos. Esto concuerda con lo planteado por Aguilar-Martínez et al. (2014) y Zaragozá et al. (2009), quienes refieren que la e-Terapia se ajusta a los modos de vida de los pacientes. Además, los profesionales sustentan que un mejor vínculo comunicacional con los pacientes favorece la alianza terapéutica. En oposición a esto, uno de los psicólogos expresa que una gran limitación de las TICs es la pérdida de información no verbal que proporcionan las relaciones cara a cara, y que resulta ser afectada por la comunicación escrita. Al mismo tiempo, agrega que *“muchas veces los mensajes que enviamos a través de Wapp generan malentendidos”*.

Se ha podido observar durante la práctica que los terapeutas promueven el uso de herramientas como, por ejemplo *Skype* (aplicación que permite la comunicación a través de chats y videollamadas) o *Wapp* con la intención de que los pacientes puedan mantenerse en contacto permanente con ellos. En general esto sucede en situaciones donde los pacientes refieren sentirse *“desganados”* con el tratamiento o, por motivos que no les permite asistir a los grupos. Esto se pudo observar, por ejemplo, en una de las

intervenciones de un psicólogo a un paciente próximo a realizar un viaje, en donde se planteaba la importancia de hacer un compromiso mediante el celular y acompañarse de videos para apoyar el tratamiento durante el viaje. Sin embargo, si bien el uso del celular funciona como un sostén durante las ausencias a los grupos, no siempre representa ser una herramienta efectiva. Su efectividad depende en gran medida de la implicación personal de los pacientes al proceso terapéutico. En relación a lo argumentado, una de las psicólogas entrevistadas comenta que aun cuando los pacientes cuentan con sus números telefónicos, estos no se comunican con ellos, y agrega que *“si los pacientes no me escriben por Wapp es porque están bien con las comidas y la están pasando bien, o porque les está yendo mal pero no quieren que nadie les diga nada”*. Este argumento se relaciona con lo expresado por Prochaska y DiClemente (1983), quienes afirman que, para obtener cambios en la conducta el paciente debe comprometerse y responsabilizarse con el tratamiento.

Por otro lado, una de las psicólogas entrevistadas, que además ofrece talleres de *Mindfulness* dentro de la clínica, recomienda a los pacientes el uso de aplicaciones y videos que ofrecen sesiones de meditación guiada, y comenta que *“la meditación pone en orden la mente”*. Según la terapeuta el uso de estas apps ayuda a los pacientes a centrarse en el aquí y ahora, y los conduce a comer con mayor consciencia. Este argumento coincide con Jacobs et al. (2016), quienes afirman que la utilización de este tipo de recursos fomenta estilos de vida más saludable.

No obstante, la totalidad de los psicólogos entrevistados afirma que estas herramientas hasta aquí analizadas presentan diversas limitaciones. En primer lugar, consideran que determinados pacientes poseen dificultades a la hora de manejar o comunicarse a través de elementos electrónicos, sintiéndose incómodos al momento de utilizarlos. A su vez, afirman que una de las posibles razones en esta dificultad podría deberse a la edad de los pacientes, siendo los más amigados con las TICs aquellos pacientes más jóvenes. Esto coincide con lo citado en el marco teórico de este trabajo, en tanto los conocimientos y actitudes que poseen las personas podría limitar el uso de estas herramientas (Pernett et al., 2007). Asimismo, los terapeutas expresan que la incorporación de las mismas al tratamiento implica aprender a sobrellevar los pacientes invasivos. En relación a esto, un terapeuta que utiliza de forma regular Wapp con sus pacientes, comenta que *“muchas veces los horarios de trabajo se terminan extendiendo por fuera de la clínica. Resulta normal que en determinados momentos del día los pacientes te escriban, por ejemplo, previo a comer para mandarte fotos de su dieta [...]*

Otros pacientes no miden este tipo de cuestiones, y tal vez te mandan una cantidad exagerada de mensajes durante toda la semana y a cualquier horario". Por otro lado, una de las terapeutas entrevistadas refiere que la comunicación a través de este medio pone en riesgo la privacidad de los pacientes. Siguiendo esta línea, afirma que *"varios de los mensajes que intercambiamos con los pacientes pueden llegar a ser leídos por sus parejas o por algún familiar"*. En último lugar, el total de los profesionales entrevistados refiere la falta de validación de los contenidos publicados en la red como otra de las limitaciones en el uso de las TICs. Los mismos afirman que *"existe muchísima información errónea circulando por internet, los pacientes leen y utilizan muchas apps que no fueron desarrolladas con fines terapéuticos"*. De este modo, los terapeutas explican que muchos pacientes reemplazan o modifican las dietas de la clínica por otras que encontraron en la web. A la vez agregan que, ciertos pacientes realizan rutinas de entrenamiento que encontraron en YouTube sin la guía de un instructor, lo cual podría conducirlos a sufrir consecuencias negativas sobre su cuerpo. Este argumento coincide con Saiz y Echegaray-Eizaguirre (2017), quienes refieren que la selección de fuentes de información fiables se ve perjudicada ante la masividad de contenidos sobre salud que circulan por la web.

En conclusión, es posible afirmar que las TICs ocupan un rol fundamental en todas las áreas de la vida de las personas. En cuanto al tratamiento para el descenso de peso, resultan ser un elemento beneficioso a la hora de lograr un vínculo comunicacional positivo entre los pacientes y terapeutas, a la vez que promueven estilos de vida más saludables y permite a los terapeutas acompañar a los pacientes durante todo el proceso (Castelnuovo et al., 2003; Díaz de León-Castañeda, 2019; Robledo-Madrid, 2020). Sin embargo, muchas de estas características dependen de la motivación, el compromiso y la responsabilidad de los pacientes con el tratamiento. Por otro lado, se ha observado que el uso de las TICs dentro del tratamiento presenta importantes puntos en contra, entre ellos la comunicación invasiva por parte de los pacientes, la búsqueda de información sin sustento científico y la falta de confidencialidad en el envío de mensajes.

5.3. Beneficios y limitaciones del uso de nuevas tecnologías para la adherencia en un tratamiento para el descenso de peso según los pacientes

En el presente apartado se analizarán los beneficios y limitaciones de las nuevas tecnologías utilizadas en un tratamiento de descenso de peso según la mirada de los pacientes involucrados.

De acuerdo a las observaciones realizadas, se puede afirmar que los seguimientos y compromisos realizados entre pacientes resultan factores que afectan positivamente la adherencia terapéutica. En relación a esto, la mayor parte de los pacientes entrevistados aseguran que realizan el seguimiento de su peso a través de Whatsapp. Al respecto, una paciente expresa *“L (otra paciente) me ayuda mucho, me hace un seguimiento del tratamiento y me acompaña”*. Al mismo tiempo, una de las pacientes entrevistadas que se encarga del seguimiento de 10 pacientes mediante Wapp relata *“las tres anteriores veces que intenté bajar de peso fracasé, esta vez me armé de mejores redes de apoyo. El grupo es la mejor forma de comprometerse, lo que no hago por mí, lo hago por el otro. Sirve unirse a grupos que hagan bien las cosas, para que te rescaten”*. Al mismo tiempo, otra paciente entrevistada agrega *“tenemos un grupo de whatsapp donde somos cuatro [...] todas estamos bajando de peso, el hecho de tener un grupo me hace bien. Reportamos pesos, comidas, vitaminas, nos pasamos información”*. Siguiendo esta línea, es posible afirmar que, aferrarse a otros posibilita el aumento de la adherencia al tratamiento a la vez que promueve el aprendizaje grupal (Gómez, 2016; Sierra-Murguía et al., 2014). Al respecto, una de las terapeutas expresa *“el problema lo tienen en soledad porque cuando uno está solo no hay ética con uno mismo”*. De acuerdo a lo expresado por la profesional, el seguimiento y compromiso entre los pacientes resulta ser un modo efectivo para controlarse, es decir, el comprometerse con otros beneficia al propio compromiso con el tratamiento. Este argumento coincide con Vilallonga et al. (2008), quienes comentan que los grupos permiten compartir y comentar acerca de sus experiencias, logros y dificultades a la vez que posibilitan un seguimiento más controlado de la dieta. Al mismo tiempo, los pacientes entrevistados consideran el intercambio de estrategias de afrontamiento a entornos vulnerables a comer, como otro beneficio que posibilita el uso de las TICs durante el tratamiento. Esto se relaciona con lo expresado por Gómez (2016), quien afirma que los grupos permiten aprender y practicar conductas. Por el contrario, en relación a este argumento uno de los pacientes entrevistados refiere sentirse agobiado a la hora de pasar su peso por Wapp a tantas personas, afirmando que *“mi peso lo paso a la clínica cada vez que vengo. No me sirve*

focalizar tanto en la balanza, necesito conectarme con los cambios de hábito. Si me quedo fijo en el número que dice la balanza no cambio nada". Al respecto Cooper y Fairburn (2001) consideran que la clave en el sostenimiento del tratamiento a largo plazo reside en la búsqueda de la estabilidad del peso, y no en la pérdida del mismo como único objetivo.

Por otro lado, el implemento de las TICs resulta ser positivo para la evitación de posibles recaídas durante el tratamiento (Zwickert et al., 2016). Según los terapeutas entrevistados, las recaídas son un factor que atraviesa al tratamiento como un símbolo de abstinencia. De acuerdo a las observaciones, es posible aseverar que los seguimientos efectuados por parte de los pacientes a través de Wapp, favorecen en mayor medida a aquellos pacientes que han enfrentado numerosas recaídas y que presentan mayores complicaciones a la hora de seguir el tratamiento. En relación a esto, uno de los pacientes entrevistados comenta que *"vengo a la clínica desde el año 2002 y en una sola ocasión logré llegar a mi peso. Desde que hice este compromiso con S (otra paciente) estoy bajando de peso [...] S no solo se comunica conmigo, sino también con mi esposa. Me hace sentir acompañado y sostenido"*.

Por otra parte, se ha observado que el uso de las TICs permite realizar auto-registros, también denominado automonitoreo (Moreno Cano, 2017). En relación a esto, una de las pacientes entrevistadas comenta que desde el inicio del tratamiento utiliza una app diseñada para registrar comidas y conductas, y agrega *"empecé a utilizarla sobre todo por los atracones que sufría"*. En este sentido, la información suministrada por el auto-registro permite la identificación de aquellas influencias que regulan la ingesta, a la vez que permiten la toma de mejores medidas para la modificación de hábitos nocivos (Bersh, 2006).

Asimismo, se ha podido observar que la utilización de grupos de Wapp permite a los pacientes el manejo de estados emocionales como, por ejemplo, la tolerancia a la frustración o el descontento. En relación a esto, una paciente entrevistada asegura que *"el grupo de whatsapp me ayuda mucho, nos damos aliento y hablamos de cómo nos sentimos"*. De esto modo, los grupos posibilitan la expresión de emociones que están relacionadas con la enfermedad, lo cual permite disminuir el estrés (Sierra-Murguía et al., 2014). No obstante, gran parte de los pacientes entrevistados refiere que la implementación de este tipo de herramienta no admite la expresión de sentimientos o emociones genuinas. Siguiendo esta línea, un paciente agrega que *"somos seres"*

sociables por naturaleza, la tecnología borra la calidez de nuestras relaciones [...] Las conversaciones por whatsapp carecen de tono y de emociones”.

A su vez, la falta de conexión a internet y la mala calidad de las transmisiones en vivo fueron otras de las cuestiones mencionadas por los pacientes como desventajas que presentan las TICs, principalmente en situaciones donde los mismos no pueden asistir a los grupos. La información recabada por medio de las entrevistas a los pacientes, permite afirmar que la falta de acceso a internet inhabilita el contacto permanente de los pacientes con los terapeutas, sus compañeros y, por consiguiente, con el tratamiento. De acuerdo a Pernet et al. (2007), la falta de acceso a internet es un factor que limita el uso de las TICs obstruyendo las potencialidades que las mismas pueden ofrecer. De este modo, muchos pacientes remarcaron no disponer de internet las 24 horas del día durante el transcurso de sus viajes, y además refirieron que, muchas veces el acceso al mismo solo dura un corto período de tiempo. Asimismo, los pacientes expresaron que los vídeos publicados por la institución no presentan una buena calidad en su sonido y en su imagen. Esto último, dificulta la comprensión de las intervenciones allí desarrolladas, lo que conlleva a los pacientes a ausentar los grupos.

De acuerdo a las entrevistas realizadas con los pacientes, la utilización de redes sociales durante el tratamiento presenta aspectos positivos y negativos en relación a la adherencia terapéutica. En primer lugar, varios pacientes afirmaron utilizar blogs y canales de YouTube con la finalidad de copiar hábitos saludables sobre dieta y ejercicio físico, que son llevados a cabo por destacados representantes del tema en la web. Estos pacientes refirieron sentirse “*motivados*” e “*inspirados*” al consumir este tipo de contenido, beneficiándolos en la toma de mejores decisiones para su salud. Sin embargo, el resto de los pacientes entrevistados refirieron que el uso de redes sociales, como *Instagram* o *Pinterest* (aplicaciones para publicar fotos y videos), por ejemplo, amenazaban la continuidad de su tratamiento. La mayoría de estos pacientes comentaron que en el interior de estas aplicaciones se hallan numerosos usuarios que viralizan fotografías y videos de alimentos altos en calorías. De acuerdo a los mismos, estas publicaciones repercuten negativamente en su tratamiento, afectando no solo el cumplimiento de la dieta sino también aumentando la tentación a comer. Los mismos refirieron sentirse “*expuestos y vulnerables*” ante la comida. De este modo, una paciente afirma “*la adicción está dormida hasta que puse algo de más. La tentación es algo moral, no lo hago porque no puedo. Para alguien obeso el lazo con la comida siempre está al servicio de uno*”. Para este grupo de pacientes, evadir el consumo de

estas redes sociales funciona como una técnica conductual de solución de problemas. De acuerdo a Caballo (1998) la misma se centra en la evitación de posibles recaídas, logrando que los pacientes puedan reconocer las situaciones que ponen en riesgo su tratamiento como así también la posibilidad de identificar las cadenas conductuales que podrían llevarlos a comer.

A modo de conclusión, es posible afirmar que los pacientes concuerdan en que el implemento de las TICs en el tratamiento para el descenso de peso establece diversas ventajas y desventajas. Por un lado, es importante mencionar los beneficios que aportan las TICs en la adherencia al tratamiento. Los pacientes ubicaron al seguimiento, el control del peso mediante monitoreo y los compromisos a través de Wapp, junto con el intercambio de estrategias de afrontamiento, el apoyo para evitar recaídas y los autoregistros como los principales beneficios de las TICs. A su vez, los pacientes determinaron que la falta de conexión a internet durante sus viajes, la mala calidad de los vídeos y la tentación a comer que provocan las redes sociales constituyen las mayores limitaciones de las mismas.

6. CONCLUSIONES

6.1. Síntesis del desarrollo

En el presente trabajo se ha podido describir el uso de las nuevas tecnologías para fomentar la adherencia en el marco de un tratamiento para el descenso de peso. Para ello, se indagó acerca de las características del uso de las TICs y se analizaron los beneficios y limitaciones presentes en las mismas desde la perspectiva de los pacientes y psicólogos implicados. En el desarrollo del primer objetivo, se pudieron identificar las principales características de las TICs que afectan positivamente la eficacia del tratamiento. El automonitoreo y los seguimientos entre pacientes y profesionales resultaron ser los factores más relevantes para el aumento de la motivación, la autoconfianza y la construcción de redes de apoyo de los pacientes. En base a lo analizado, es posible inferir que complementar el tratamiento presencial con herramientas tecnológicas afecta de manera positiva la adherencia, principalmente en aquellos pacientes que por diversos motivos no pueden asistir temporalmente a la clínica (Batsis et al., 2019).

En cuanto al segundo objetivo, el análisis de los beneficios y limitaciones de las TICs percibidos por los terapeutas muestra la creación de vínculos comunicacionales

positivos, la promoción de estilos de vida más saludables y el apoyo continuo a los pacientes como los principales beneficios de las mismas. No obstante, los mismos ubican la irresponsabilidad de los pacientes como el mayor problema en el uso de las TICs. De este modo, las desventajas más destacadas fueron: la comunicación invasiva de los pacientes, la búsqueda de información sin validación científica (Pernett et al., 2007) y la falta de privacidad en los chats.

Para el tercer objetivo, se realizó el análisis de los beneficios y limitaciones de las TICs de acuerdo a los pacientes. En base a los datos analizados, es posible inferir que el intercambio de estrategias de afrontamiento, el apoyo entre pares para evitar recaídas y los compromisos a través de Whatsapp se ubican entre las principales características que acompañan a la obtención de una buena adherencia. Sin embargo, para ciertos pacientes el uso de redes sociales pone en riesgo la continuidad de su tratamiento, en tanto los lleva a luchar contra la tentación a comer.

En términos generales, se ha podido comprender que complementar el tratamiento con herramientas tecnológicas aporta grandes beneficios a la adherencia terapéutica. No obstante, existen determinadas cuestiones que limitan este argumento. En primer lugar, la edad de los pacientes resulta ser un factor significativo en relación a la frecuencia y al tipo de recurso tecnológico a implementar. En segundo lugar, resulta imprescindible para los terapeutas repensar todo el encuadre tradicional que ha sido modificado a raíz del implemento de las nuevas tecnologías, por ejemplo, el envío de mensajes con pacientes invasivos - como también contemplar el riesgo que corre la privacidad de los pacientes, ya que toda intervención a través de este medio se encuentra almacenada en chats, siendo accesible para cualquier allegado al paciente. En último lugar, cabe señalar que la extensa cantidad de información sin validación científica que circula por la web representa un obstáculo en la auto-educación y un riesgo en la salud de los pacientes. Por lo tanto, esto implica un uso responsable por parte de los mismos.

6.2. Limitaciones

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se pueden señalar varias cuestiones. En primer lugar, la pasantía en la cual se desarrolla el proceso de recopilación de datos se limita a la consecución de 285 horas. Si bien las mismas bastaron para realizar el desarrollo de lo propuesto, hubiese sido conveniente un estudio más prolongado en el tiempo que permitiese detectar con mayor exactitud las contribuciones y beneficios que las nuevas tecnologías ofrecen al tratamiento. Por otra parte, la falta de acceso a las

historias clínicas y a entrevistas de admisión de los pacientes obstaculizó el análisis del proceso de mejoría de los mismos, a la vez que limitó la obtención de información más precisa acerca de las atribuciones y motivos por los cuales los pacientes ingresan o reingresan a la clínica.

Otra herramienta que hubiese favorecido la comprensión más profunda de los casos y conocer la modalidad de trabajo de los profesionales es la participación en las reuniones y los espacios de supervisión que los terapeutas realizan. Si bien era posible conversar con ellos dentro de los espacios comunes de la institución, lo cierto es que el tiempo disponible para hacerlo era limitado, lo cual no permitía hacer consultas muy extensas.

Por otro lado, los instrumentos utilizados para describir las características del uso de las TICs en el tratamiento para el descenso de peso fueron la toma de notas de lo observado y entrevistas semi-estructuradas, las cuales no se consideran instrumentos estandarizados, en tanto carecen de validez y confiabilidad, siendo esta otra de las limitaciones del presente trabajo.

En último lugar, cabe señalar el tamaño de la muestra como otra de las limitantes del trabajo aquí desarrollado, entendiendo que una muestra de mayor tamaño hubiese favorecido la obtención de mayor y más diversa información acerca de las características del funcionamiento y utilidad de las nuevas tecnologías durante el tratamiento para el descenso de peso.

6.3. Perspectiva crítica y aporte personal

Desde una perspectiva crítica se pueden ubicar dos grandes cuestiones. Por un lado, se observó que si bien los grupos terapéuticos funcionan bajo el marco de una terapia cognitivo-conductual, lo cierto es que la mayor parte de los terapeutas también utilizan términos propuestos por otras corrientes teóricas - el psicoanálisis, por ejemplo. Esto posibilita alternativas de intervención que brindan mayores aportes y dan claridad a las problemáticas que cada paciente aporta en el grupo. De este modo, conceptos como mecanismos de defensa, de negación, de resistencia, falta y deseo, entre otros, son algunos de los utilizados por los profesionales. Por otro lado, cabe mencionar que muchos pacientes aseguran sentir que deberán asistir a los grupos y a la clínica durante toda su vida, incluso aquellos que han alcanzado el peso y los objetivos pautados al inicio del tratamiento. Si se piensa en esta conducta como una dependencia hacia la institución, entonces es posible considerar que el tratamiento presenta cierta debilidad a

la hora de promover recursos como la auto-eficacia o la autonomía en los pacientes, aspectos que los mismos necesitarán para lograr sobrellevar la enfermedad una vez terminado el tratamiento.

Por otra parte, aún no existe una formación teórica que pueda ser empleada por la institución a la hora de ofrecer entrenamientos a los profesionales de la salud sobre el uso de las TICs en el marco de un tratamiento. Por lo tanto, el riesgo de cometer acciones clínicamente iatrogénicas con los pacientes siempre está latente. A su vez los terapeutas podrían consumir graves fallas éticas con los pacientes. En síntesis, el uso de las TICs dentro de los grupos suele darse por iniciativa de los propios terapeutas, lo que produce abrir interrogantes como ¿Qué autoridades correspondientes a la institución regulan o controlan el uso de este tipo de comunicación entre paciente-terapeuta? ¿De qué manera la institución podría desarrollar medidas preventivas ante la posibilidad de riesgos y fallas éticas? Siguiendo esta línea, sería interesante que la aplicación desarrollada por la clínica, además de todo lo que ofrece, extienda la posibilidad de utilizar chats online con cada profesional de la institución. De este modo, la comunicación virtual entre paciente-profesional permitiría un nuevo encuadre, sobre todo con aquellos pacientes invasivos a la hora de consultar, ya que a través de este medio los horarios de consultas estarían regulados por la propia aplicación. Las nuevas tecnologías transforman la realidad de todas las personas, incluyendo la práctica profesional de los psicólogos. Las mismas brindan nuevas formas de acercarse y observar la realidad social de cada paciente que asiste a los grupos terapéuticos. En este sentido, existen dos cuestiones claves: en primer lugar, debido al sin fin de posibilidades que ofrecen las TICs, resulta significativo comprender y considerar las individualidades de cada paciente (en tanto preferencias, posibles conocimientos, edad, sexo, etc), con el propósito de implementar el recurso que más lo favorezca, no solo en alcanzar su adherencia sino también en el aumento de la motivación, auto-confianza y el apoyo social durante el tratamiento. En último lugar, es preciso entender que el tratamiento para el descenso de peso no puede realizarse 100% de manera virtual. Las TICs deben funcionar como un complemento que potencie positivamente los aspectos que rodean al tratamiento y promueva la adherencia, resultando en un sostén eficaz ante los momentos difíciles del tratamiento y ofreciendo auto-educación a los pacientes, como así también, la toma de mejores decisiones para su salud.

6.4. Nuevas líneas de investigación

Para el desarrollo de nuevas líneas de estudio, a criterio de esta pasante, resultaría interesante continuar indagando las características que hacen de las TICs una herramienta clave en la promoción de la adherencia de los pacientes en el tratamiento de la obesidad. Asimismo, sería conveniente una mayor profundización en el estudio de la eficacia de las TICs durante todo el proceso terapéutico para avanzar sobre aquellas cuestiones que resultan útiles en su aplicación como, así también, poder identificar aquellos factores que resultan ser inútiles o desventajosos, con el fin de perfeccionarlos o posiblemente eliminarlos de la práctica clínica. Resultaría beneficioso realizar estudios longitudinales que incluyan una muestra más numerosa de personas que participan de la clínica, con el fin de identificar y analizar con mayor profundidad los resultados obtenidos por los pacientes desde que inician hasta que finalizan el tratamiento de descenso de peso.

7. REFERENCIAS

- Aguilar-Martínez, A., Solé-Sedeño, J.M., Mancebo-Moreno, G., Medina, F.X., Carreras-Collado, R., & Saigí-Rubió, F. (2014). Use of mobile phones as a tool for weight loss: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 20(6), 339-349. doi: 10.1177/1357633X14537777
- Alamuddin N., & Wadden, T.A. (2016). Behavioral Treatment of the Patient with Obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 45(3), 565-580. doi: 10.1016/j.ecl.2016.04.008
- Alcañiz, M., Botella, C., Baños, R.M., Zaragoza, I., & Guixeres, J. (2009). The Intelligent e-Therapy system: a new paradigm for telepsychology and cybertherapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 287-296. doi: 10.1080/03069880902957015
- Alday, J., Collado, E. N., González, E., Púa, I., & del Olmo, L. (2012). Evaluación del efecto de una intervención psicoterapéutica grupal en pacientes obesos mórbidos en lista de espera para cirugía bariátrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (104), 2.
- Alvarado Sánchez, A.M., Guzmán Benavides, E. & González Ramírez, M.T. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 417-428. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29210214.pdf>
- Apolinario, Ó., Medina-Moreira, J., Lagos-Ortiz, K., Luna-Aveiga, H., García-Díaz, J. A. & Valencia-García, R. (2018). Tecnologías inteligentes para la autogestión de la salud. *Procesamiento del Lenguaje Natural*, 61, 159-162. doi: <http://dx.doi.org/10.26342/2018-61-22>
- Asamblea Mundial de la Salud. (2005). WHA 58.28 e-Health. 58ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 16-25 Mayo de 2005: resoluciones y decisiones: anexo. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-sp.pdf
- Bahls, S.C. & Navolar, A.B.B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: Conceitos e pressupostos teóricos. *Psico UTP On-line*, 4, 1-11.

- Barbany, M. & Foz M. (2002). Obesidad: concepto, clasificación y diagnóstico. *An Sistema Sanitario Navarra*, 25(1), 7-16. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/1268/1410ffb80fc5225286ee16e3ad8ebbbcb8bf.pdf>
- Batsis, J.A., Naslund, J.A., Zagaria, A.B., Kotz, D., Dokko, R., Bartels, S.J., & Carpenter-Song, E. (2019). Technology for Behavioral Change in Rural Older Adults with Obesity. *Journal of nutrition in gerontology and geriatrics*, 38(2), 130-148. doi: 10.1080/21551197.2019.1600097
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n4/v35n4a07.pdf>
- Bornas, X., Rodrigo, T., Barceló, F. & Toledo, M. (2002). Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. *International journal of clinical and health psychology*, 2(3), 533-541. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33720311.pdf>
- Børørsund, E. & Varsi, C. (2019). Intervenciones innovadoras de e-salud en la práctica y la investigación de la enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 25, 1. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100101>
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M., & García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*, 40(2), 155-170. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/970/97017660002.pdf>
- Brosens, C., Terrasa, S., Ventriglia, I. & Discacciatti, V. (2015). Factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento de la obesidad en un dispositivo grupal: estudio exploratorio. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 12(2), 13-20. Recuperado de: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/10531_PROSAHI.pdf
- Burgess, E., Hassmén, P., Welvaert, M. & Pumpa, K.L. (2017). Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with

obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clinical obesity*, 7(2), 105-114.
doi: 10.1111/cob.12180

Cabrera, A. & Gustavo, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>

Calderón Reza, J.C., Reza Suárez, L., Lamingo Soriano, G.I., Camacho Desiderio, J.E. & Loaiza Matos, M.B. (2019). Consecuencias cognitivas de la obesidad. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Recuperado de:
<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/consecuencias-cognitivas-obesidad.html>

Camilli, C.R. & Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8(1), 115-137.

Casado, M.I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. & Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Revista Electrónica de Psicología*, 1(1). Recuperado de:
<https://www.areahumana.es/assets/articulosPDF/Intervencion%20cognitivo%20conductual%20en%20pacientes%20obesos.pdf>

Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F. & Riva, G. (2003). From psychotherapy to e-therapy: the integration of traditional techniques and new communication tools in clinical settings. *CyberPsychology & Behavior*, 6(4), 375-382. doi:
<https://doi.org/10.1089/109493103322278754>

Castelnuovo, G., & Simpson, S. (2011). Ebesity - e-health for obesity - new technologies for the treatment of obesity in clinical psychology and medicine. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 7, 5-8. doi:
<https://doi.org/10.2174/1745017901107010005>

Chung Chooi, Y., Ding, C. & Magkos, F. (2019). The epidemiology of obesity. *Metabolism: Metabolism Clinical and Experimental*, 92, 6-10, doi:
<https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>

- Ciangura, C., Carette, C., Faucher, P., Czernichow, S. & Oppert, J.M. (2017). Obesidad del adulto. *EMC - Tratado de Medicina*, 21(2), 1–10. doi: 10.1016/s1636-5410(17)84245-8
- Cuevas, A. & Reyes, M.S. (2005). Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? *Revista Médica de Chile*, 133(6), 713-722. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000600015>
- Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 499–511. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00065-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00065-6)
- Conthe, P., Contreras, E. M., Pérez, A. A., García, B. B., de Cano Martín, M. F., Jurado, M. G. & Pinto, J. L. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista clínica española*, 214(6), 336-344. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>
- De la Vega, R. I. & Cruz, L. (2018) Efectos de la terapia cognitivo-conductual en factores asociados a la obesidad: un estudio de caso. *Psicología y Salud*, 28(1), 85-94. doi: 10.25009/pys.v28i1.2541
- Díaz de León-Castañeda, C. (2019). Salud electrónica (e-Salud): un marco conceptual de implementación en servicios de salud. *Gaceta Médica de México*, 155(2), 176-183. doi: 10.24875/GMM.18003788
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*, 41(6), 342-348. doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.031
- Duelo Marcosa, M., Escribano Ceruelo, E. & Muñoz Velasco, F. (2009). Obesidad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11(16), 239-257. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322009000600008&lng=es&tlng=es
- ENFRE. (2018). 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68>

- FAO. (2016). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. *Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)*. Recuperado de: <http://www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/panorama/2016/es/>
- Fernández, A. & Oviedo, E. (2010). Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe. *CEPAL*, 165. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6169/lc13244.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ferrer Pérez, V. A. (1995). "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicados. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1), 35-61. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10045/97550>
- Fullana, M.A., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A. & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Med Clin (Barc)*. doi: 10.1016/j.medcli.2011.02.017
- Gabarrón, E. & Fernández-Luque, L. (2012). eSalud y vídeos online para la promoción de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 197-200. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.004>
- Gómez, R. (2016). Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones. *Psiquiatría - Paidopsiquiatría*, 1-21. Recuperado de: http://www.centrelondres94.com/files/PSICOTERAPIA_DE_GRUPO_PRINCIPIOS_BASICOS_Y_APLICACIONES.pdf
- González, M. M. P., & Pisano, A. G. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería clínica*, 24(1), 59-66. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.10.006
- González Rodríguez, R. & Cardentey García, J. (2016). Las tecnologías de la información y las comunicaciones en la Atención Primaria de Salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(4), 670-673. Recuperado de: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1134>

- Grande, M., Cañon, R. & Cantón, I. (2016). Tecnologías de la información y la comunicación: Evolución del concepto y características. *IJERI: International Journal of Educational Research and Innovation*, (6), 218-230. Recuperado de: <https://www.upo.es/revistas/index.php/IJERI/article/view/1703>
- Guevara-Valtier, C.M., Ramírez-Rodríguez, A.V., Cárdenas-Villarreal, V.M., Duran Badillo, T., Gutiérrez-Valverde, J.M., & Sánchez-García, A.B. (2019). Percepción de riesgo cardiovascular y uso de tecnologías en salud en adultos con obesidad. *Enfermería Global*, 18, (3)246-269. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.336891>
- Gustavo, R., Marcial, M., Verdecia Tamallo, K., Rodríguez Vergara, T. D. L. M., del Pino, B. N. & Guerra Cabrera, C. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3), 270-280. Recuperado de: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/309/146>
- Haugen, H. A., Tran, Z. V., Wyatt, H. R., Barry, M. J., & Hill, J. O. (2007). Using telehealth to increase participation in weight maintenance programs. *Obesity (Silver Spring)*, 15(12), 3067-3077. doi: <https://doi.org/10.1038/oby.2007.365>
- Haynes, R. B. (1979). Determinant of compliance: The disease and the mechanics of treatment. *Compliance in health care*.
- Hernández-Pinzón, C. & Flórez-Flórez, M. L. (2017). Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardiaca y las tecnologías de la información y la comunicación. *Revista Colombiana de Cardiología*, 24(2), 96-104. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.07.001>
- Heymsfield, S., Aronne, L. J., Eneli, I., Kumar, R. B., Michalsky, M., Walker, E., & Yanovski, S. (2018). Clinical Perspectives on Obesity Treatment: Challenges, Gaps, and Promising Opportunities. *NAM Perspectives*. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. doi: 10.31478/201809b
- Hollon, S. D. (1998). What is cognitive behavioural therapy and does it work?. *Current Opinion in Neurobiology*, 8(2), 289–292. doi: 10.1016/s0959-4388(98)80153-0

- Jacobs, S., Radnitz, C., & Hildebrandt, T. (2016). Adherence as a predictor of weight loss in a commonly used smartphone application. *Obesity Research & Clinical Practice, 11*(2), 206-214. doi: <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.05.001>
- Kelly, T., Yang, W., Chen, C.S., Reynolds, K., & He, J. (2008). Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *International Journal of Obesity, 32*(9), 1431-1437. doi:10.1038/ijo.2008.102
- Kotkov, B. (1953). Experiences in group psychotherapy with the obese. *Psychosomatic Medicine, 15*(3), 243-251. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.542.1191&rep=rep1&type=pdf>
- Lafuente, M.D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria, 14*, 1490-1504.
- Lechuga, L. y Gámiz, M. N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria: aproximación cognitivo-conductual. *Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2*, 142-157.
- Leija-Alva, G., Aguilera-Sosa, V.R., Lara-Padilla, E., Rodríguez-Choreño, J.D., Trejo-Martínez, J.I. & López de la Rosa, M.R. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 1*(2), 19-28. doi: 10.5461/rlmc.v1.i2.20964.
- Leija Alva, G., Peláez Hernández, V., Pérez Cabañas, E., Pablo Santiago, R., Orea Tejada, A., Domínguez Trejo, B., González Islas, D., Pineda Juárez, J.A., Herrera Saucedo, R., Sánchez Santillano, R., Santellano Juárez, B., Cintora Martínez, C. & Contreras Ramírez, E. (2019). Factores cognitivos predictivos de adherencia terapéutica en personas con sobrepeso y obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 10*(1), 85-94. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v10n1/2007-1523-rmta-10-01-85.pdf>
- Lopes, I.M., Silva, B.M., Rodrigues, J.J.P.C., Lloret, J., & Proença, M.L. (2011, Noviembre). *A mobile health monitoring solution for weight control*. En

International Conference on Wireless Communications and Signal Processing (WCSP) (pp. 1-5), Nanjing, China. doi: 10.1109/WCSP.2011.6096926

Losada, A.V. & Rijavec, M.I. (2017). Consecuencias psicológicas en niños con obesidad producto de la estigmatización social. *Revista Neuronum*, 3(2), 1-20. Recuperado de: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/95>

Madrona Marcos, F., Panisello Royo, M.J., Carbayo Herencia, J.A., Alins, J., Tarraga Marcos, L., Castell Panisello, E., & Tarraga Lopez, P.J. (2020). Intervención motivacional de la obesidad en Atención Primaria mediante un programa de actividad física. *Nutrición Hospitalaria*, 37(2), 275-284. doi: 10.20960/nh.02601

Malo Serrano, M., Castillo M.N. & Pajita, D.D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de La Facultad de Medicina*, 78(2), 67. doi: 10.15381/anales.v78i2.13213

Manrique, M., Maza, M., Carrasco, F., Moreno, M. & Liberman, C. (2009). Diagnóstico, evaluación y tratamiento no farmacológico del paciente con sobrepeso u obesidad. *Revista Médica Chilena*, 137(7), 963-971. doi: doi.org/10.4067/S0034-98872009000700016

Marcitllach, A.A. & Fernández de Gamboa Aguinaga, C. (2014). La Terapia de Grupo en un Caso de Obesidad. *Clínica Contemporánea*, 5(1), 41-51. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/cc2014a4>

Martínez-Atienzar, L.I., Jiménez-Espinosa, A., Tarraga-Marcos, L., Madrona-Marcos, F. & Tarraga-López, P.J. (2019). Obesidad: una epidemia en la sociedad actual. Análisis de los distintos tipos de tratamiento: motivacional, farmacológico y quirúrgico. *JNNPR*, 4(11), 1112-54. doi: 10.19230/jonnpr.3209

Martínez, J.A., Moreno, M.J., Marques Lopes, I. & Martí, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25(1), 17-27. Recuperado de: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/18784>

Martínez-Villanueva, J. (2017). Obesidad en la adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(3), 43-55. Recuperado de:

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vo15num3-2017/45-57-obesidad-en-la-adolescencia.pdf>

- Mendoza, F.G., Ledezma, J.C.R., Lezama, M.P., Hermenegild, A.Y.I. & Saldaña, R.G. (2020). Adherencia al tratamiento en personas con sobrepeso y obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(1), 127-138. Recuperado de: <https://www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/96/76>
- Moreno Cano, M.V. (2017). Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en la Prevención de la Obesidad. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 8(1), 107-113. doi: 10.20318/recs.2017.3610
- Moreno, G.M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70288-2
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Barre, L. K., & Bartels, S. J. (2015). Feasibility of popular m-health technologies for activity tracking among individuals with serious mental illness. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, 21(3), 213-216. doi: <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0105>
- O'Malley, G., Dowdall, G., Burls, A., Perry, I.J., & Curran, N. (2014). Exploring the usability of a mobile app for adolescent obesity management. *JMIR mHealth and uHealth*, 2(2), e29. doi: <https://doi.org/10.2196/mhealth.3262>
- Organización Mundial de la Salud (2003). Adherencia a los tratamientos de largo plazo. Evidencias para la acción. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (16 de febrero de 2018). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2017). Obesity update 2017. *OECD*. Recuperado de: <https://www.oecd.org/health/obesity-update.htm>
- Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=pt&tlng=es

- Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135(5), 647-652. doi: 10.4067/S0034-98872007000500014
- Orueta, R. (2006). Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la Adherencia Terapéutica. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(4), 185-192. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169616096007>
- Perea-Martínez, A., López-Navarrete, G.E., Padrón-Martínez, M., Lara-Campos, A.G., Santamaría-Arza, C., Ynga-Durand, M.A., Peniche-Calderón, J., Espinosa-Garamendi, E., & Ballesteros-del Olmo, J.C. (2014). Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta pediátrica de México*, 35(4), 316-337. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000400009&lng=es&tlng=es
- Pérez, A., & Fernández Álvarez, H. (2002). Terapia cognitiva de grupo. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 13(50), 267-272. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex50.pdf#page=28>
- Pernett, J. J., Gutiérrez, J. F. G., Jiménez, J. L. M., & Bermúdez-Tamayo, C. (2007). Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud. *UOC Papers: Revista sobre la sociedad del conocimiento*, (4), 10.
- Pomares Ávalos, A.J., Vázquez Núñez, M.A., & Ruíz Domínguez, E.S. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 7(2), 81-88. Recuperado de: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>
- Pozo, C., Alonso, E., & Hernández, S. (2007). Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. A. Blanco y J. Rodríguez-Marín (Coords.), *Intervención psicosocial*, 75-101.

- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Ravenna, M. (2006). Una delgada línea: entre el exceso y la medida. Buenos Aires: Galerna
- Ravenna, M. (2016). +Vida -Kilos. Los juegos del hambre y las trampas del comer. Buenos Aires: Grijalbo.
- Reyes-Flores, E., Trejo-Alvarez, R., Arguijo-Abrego, S., Jiménez-Gómez, A., Castillo-Castro, A., Hernández-Silva, A., & Mazzoni-Chávez, L. (2016). Adherencia Terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev. Méd. Hondur, 84*(3), 125-132. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
- Rivera Pérez, I.A., Urrutia Téllez, J.A., Garcia Herrera, M.G., & Farrach Ubeda, G.A. (2019). La obesidad: una amenaza para nuestra salud. *Revista Científica de FAREM-Estelí, (31)*, 155-160. <https://doi.org/10.5377/farem.v0i31.8477>
- Robledo-Madrid, P. (2020). Impacto de la aplicación de las Tecnologías de la Información (TICs) en un modelo de atención médica. *Revista de Sanidad Militar, 73*(2), 96-104. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2019/sm192c.pdf>
- Rodríguez, S.H., Rodríguez, R.H., & Domínguez, S.M. (2015). El papel de la autoeficacia percibida y la planificación en la adherencia al tratamiento médico-nutricional de la obesidad en adultos mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 32*(1), 37-47. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243045363005.pdf>
- Rojas Jiménez, S., Lopera Valle, J.S. & Cardona Vélez, J. (2013). Factores individuales, eventos vitales y variabilidad genética en la génesis de la obesidad: una aproximación al abordaje integral. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo, 11*(3), 112-122. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3755/375540235002.pdf>

- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. España: Descleé de Brouwer S.A.
- Saiz, C. P., López, M. M. R., & Echegaray-Eizaguirre, L. (2017). Jóvenes, salud e Internet. Percepción, actitud y motivaciones de los jóvenes ante la información de salud. *Revista Latina de Comunicación Social*, (72), 1317-1340. doi: 10.4185/RLCS-2017-1221
- Salinas Cruz, E. & Nava Galán, M.G. (2012). Adherencia terapéutica. *Enf Neurol*, 11(2), 102-104. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>
- Sánchez-Castillo, C. P., Pichardo-Ontiveros, E. & López-R, P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140(2), 3-20. Recuperado de: https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2004-140-SUP2-3-20.pdf
- Sánchez-Muniz, F.J. (2016). La obesidad: un grave problema de Salud Pública. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 82(1), 6-26. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6658272>
- Sierra-Murguía, M., Vite- Sierra, A. & Torres- Tamayo, M. (2014). Intervención cognitivo conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 25-34. doi: 10.14718/ ACP.2014.17.1.3
- Soca, M.P.E. & Peña, N.A. (2009). Consecuencias de la obesidad. *ACIMED*, 20(4), 84-92. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001000006&lng=es&tlng=es
- Torres, V., Castro Sánchez, A.M., Matarán Peñarrocha, G.A., Lara Palomo, I., Aguilar Ferrandiz, M.E. & Moreno Lorenzo, C. (2011). Beneficios de la terapia cognitivo-conductual y la presoterapia en pacientes obesos: ensayo clínico aleatorizado. *Nutrición Hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*, 26(5), 1018-1024. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n5/15_original_14.pdf
- Vázquez Velázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente

- obeso?. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), 136-142. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043m.pdf>
- Vázquez Velásquez, V. & López Alvarenga, J.C. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(2), 91-96
- Ventura Carmona, M. J., Ruiz-Muelle, A., & López Rodríguez, M. D. M. (2019). Adherencia al tratamiento en el paciente crónico: hipertensión y diabetes mellitus. *Terapeía*, (11), 17-43. Recuperado de: <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/107/1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vilallonga, L., Repetti, M. & Delfante, A. (2008). Tratamiento de la obesidad. Abordaje nutricional. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires*, 28(2). Recuperado de: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/7848_28-2-63-70-revision.pdf
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (2001). Guía breve de psicoterapia de grupo. Ed. Paidós.
- Wang, J., Wang, Y., Wei, C., Yao, N., Yuan, A., Shan, Y. & Yuan, C. (2014). Smartphone interventions for long-term health management of chronic diseases: an integrative review. *Telemedicine and e-Health*, 20(6), 570-583. doi: 10.1089/tmj.2013.0243
- West, D.S., Stansbury, M., Krukowski, R.A., & Harvey, J. (2019). Enhancing group-based internet obesity treatment: A pilot RCT comparing video and text-based chat. *Obesity Science and Practice*, 5, 513-520. doi: 10.1002/osp4.371
- Zaragozá, I., Guixeres, J., & Alcañiz, M. (2009, Junio). *Ontologies for intelligent e-therapy: application to obesity*. En International Work-Conference on Artificial Neural Networks (pp. 894-901). Springer, Berlin, Heidelberg, Alemania. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-642-02481-8_136
- Zwickert, K., Rieger, E., Swinbourne, J., Manns, C., McAulay, C., Gibson, A. A., Sainsbury, A., & Caterson, I. D. (2016). High or low intensity text-messaging combined with group treatment equally promote weight loss maintenance in obese adults. *Obesity research & clinical practice*, 10(6), 680-691. doi: <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.01.001>