

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

**Trabajo Final Integrador**

**“Intervenciones desde el modelo cognitivo conductual para el tratamiento de la  
obesidad”**

**Alumna:** Valbuena, Daniela

**Tutor:** Claudia Garber

Buenos Aires, 10 Septiembre 2020

## ÍNDICE

1.	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
2.	<b>OBJETIVOS</b> .....	2
2.1	Objetivo general.....	2
2.2	Objetivos específicos.....	2
3.	<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	2
3.1	<b>Obesidad</b> .....	2
3.1.2	Definición, diagnóstico y clasificación.....	2
3.1.3	Prevalencia.....	3
3.1.4	Causas.....	4
3.1.5	Consecuencias.....	7
3.2	<b>Consideraciones generales en el tratamiento de la obesidad</b> .....	8
3.3	<b>Modelo cognitivo conductual</b> .....	11
3.3.1	Principios de la terapia cognitivo conductual.....	11
3.3.1	Intervenciones de la Terapia cognitivo conductual en la obesidad.....	12
3.4	<b>Estrés</b> .....	17
3.4.1	Definición de estrés.....	17
3.4.2	Eventos estresantes en el tratamiento de la obesidad.....	19
3.5	<b>Adherencia al tratamiento</b> .....	20
3.5.1	Definición de adherencia al tratamiento.....	20
3.5.2	Obstáculos en la adherencia al tratamiento en la obesidad.....	23
4.	<b>METODOLOGÍA</b> .....	25
4.1	Tipo de estudio .....	25
4.2	Participantes.....	25
4.3	Instrumentos.....	25
4.4	Procedimiento.....	25
5.	<b>DESARROLLO</b> .....	26
5.2	Intervenciones que realizan los terapeutas para fomentar cambios en la conducta alimentaria de los pacientes de descenso de peso.....	26
5.3	Intervenciones que realizan los terapeutas para el desarrollo de estrategias ante situaciones estresantes que se suscitan durante el tratamiento.....	30

5.4 Indagar las intervenciones que realizan los terapeutas para fomentar la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.....	33
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>36</b>
6.1 Síntesis del desarrollo .....	37
6.3 Limitaciones.....	38
6.3 Perspectiva crítica y aporte personal .....	38
6.4 Futuras líneas de investigación.....	40
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>41</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se desarrolló dentro de la materia Práctica y Habilitación Profesional. Tiene como objetivo lograr una integración teórico-práctica en el marco de la pasantía de 285 horas, dentro de una institución dedicada al tratamiento de la obesidad. Constituye la instancia evaluativa e integradora final dentro de la carrera de Psicología.

La institución en la que se trabajó nació en 1993 en Capital Federal. La misma toma como eje y objetivo la modificación de hábitos perjudiciales relacionados con la conducta alimentaria y que esto a su vez permita el descenso de peso; también busca cambios en los estilos de vida con la finalidad de que éstos sean más saludables. Los programas a seguir están todos basados en el concepto de corte, medida y distancia con la comida y la detección de los vínculos adictivos con ciertos alimentos. El equipo que trabaja en la institución es interdisciplinario y está conformado por médicos, nutricionistas, psicoterapeutas y profesores de educación física.

El centro terapéutico ofrece un acompañamiento integral en forma individual y grupal. Sin embargo se contempla como elemento central dentro del tratamiento la asistencia a los distintos grupos de acuerdo a las necesidades del paciente, y/o de acuerdo a la etapa del tratamiento en la que se encuentran. Los grupos disponibles son: descenso, mantenimiento, embarazo y grupos estéticos, los cuales están dirigidos a personas que no tienen un diagnóstico de obesidad, sino que tienen entre tres o máximo cinco kilos los por encima de su peso ideal.

Dentro de la práctica se realizó observación no participante de los grupos nombrados anteriormente lo que permitió un acercamiento al abordaje interdisciplinario que la institución ofrece como método terapéutico integral de la obesidad y otros trastornos alimentarios, así como también se participó de los seminarios de mindfulness eating.

El siguiente trabajo buscó describir y analizar las intervenciones realizadas por los terapeutas desde la terapia cognitivo conductual frente a los hábitos alimenticios, el desarrollo de habilidades frente a situaciones estresantes durante el tratamiento y cómo intervienen para fomentar la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

La elección de la institución para realizar la pasantía surge del interés de la pasante por conocer cómo se llevan a la práctica las intervenciones propuestas por el modelo cognitivo conductual, así como también el indagar el funcionamiento de una institución que trabaja de forma interdisciplinaria.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Analizar las intervenciones realizadas por los psicoterapeutas desde el enfoque cognitivo conductual en pacientes con obesidad que acuden a los grupos de descenso de peso.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Describir las intervenciones que realizan los terapeutas para fomentar cambios en la conducta alimentaria de los pacientes de descenso de peso.
- Analizar las intervenciones que realizan los terapeutas para el desarrollo de estrategias ante situaciones estresantes que se suscitan durante el tratamiento.
- Indagar las intervenciones que realizan los terapeutas para fomentar la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

## **3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1 Obesidad**

#### **3.1.1 Definición, diagnóstico y clasificación**

García (2004) define a la obesidad como una enfermedad crónica cuya conceptualización, como tal, pasó diversas etapas debido a la resistencia por parte de los profesionales de la salud, quienes solían utilizar términos como trastorno, desorden y alteración, situación que no permitió poder conocer los verdaderos riesgos de la obesidad para la salud individual y la salud pública. El autor hace referencia a que la obesidad es heterogénea en cuanto a su expresión clínica, donde si bien existen distintas categorías diagnósticas de la obesidad afecta de distintas formas la salud del individuo. A su vez, las características socioculturales del individuo y su entorno dan lugar a percepciones diferentes de lo que en principio sería un problema biológico similar. De esta forma, individuos que tienen sobrepeso u obesidad en grado I viven en busca de dietas y medicamentos antiobesidad. En ellos, inicialmente, su padecimiento suele tener un impacto más en lo psicológico y lo social, que en lo biológico. Por otra parte, individuos con obesidad que tienen evidentes repercusiones biológicas, pueden no buscar ninguna atención médica ante su incapacidad para ver toda su situación como una enfermedad. Finalmente, aquellos individuos con una obesidad mórbida o bien en los que las comorbilidades son tan evidentes, la obesidad constituye - y es aceptada por el paciente - como una enfermedad.

A su vez, López- Villalta Lozano y Soto (2010) definen a la obesidad como un proceso complejo donde los depósitos de adipocitos crecen de forma excesiva como consecuencia de un desequilibrio energético crónico relacionado con factores ambientales, como la actividad física y la dieta, algunos factores neurofisiológicos, psicológicos y sociales, junto a factores hormonales endógenos en un individuo que posee una predisposición genética.

De acuerdo con los autores, el método aceptado en la actualidad para el diagnóstico y clasificación de la obesidad es el índice de masa corporal o índice de Quetelet (IMC). Este es un buen indicador indirecto de adiposidad general en la población. El IMC se define como el cociente entre el peso en kilogramos y la talla en metros elevada al cuadrado. Se consideran con obesidad los sujetos con IMC superiores a 30 kg/m<sup>2</sup> y con sobrepeso a aquellos con IMC entre 25 y 29,9 kg/m<sup>2</sup>.

A su vez, Calvo, Escudero, Gómez y Riobó (2012) contribuyen con otra clasificación de la obesidad de acuerdo con la distribución o concentración de la grasa, calculando la correlación entre la circunferencia de la cintura y la cadera. De esta forma se establece la obesidad androide, central o abdominal, la obesidad ginecoide o periférica, y la obesidad de distribución homogénea. Por su parte, Cormillot (2015) también hace referencia a esta clasificación y define a la obesidad androide como aquella cuya mayor concentración de grasa está en la zona abdominal y menor en las otras partes del cuerpo. Esta es más frecuente en los hombres y mujeres postmenopáusicas, quienes tienen un mayor riesgo de sufrir infarto, aterosclerosis, cáncer de colon y próstata en el hombre, y de mama y útero en la mujer, por la ubicación de la grasa en cercanía de órganos importantes tales como el corazón o el hígado. En relación a la obesidad ginecoide, el autor explica que existe una menor concentración de grasa en la zona abdominal y mayor en la cadera, los glúteos y los muslos; es más frecuente en las mujeres y tiene menos riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

### **3.1.2 Prevalencia**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2016), desde 1980 la obesidad se ha duplicado en todo el mundo, llegando en el año 2014 a más de 1900 millones de adultos mayores de 18 años con sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones padecen obesidad, lo que implica una prevalencia en adultos mayores de 18 años de 39% de sobrepeso y 13% de obesidad. Con respecto a la población infantil, existen más de 41

millones de niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad a nivel mundial, lo que ha significado un incremento de cerca de 11 millones en los últimos 15 años.

Según la Organización De las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2016), en la región de las Américas el 58 % de los habitantes vive con sobrepeso y obesidad (360 millones de personas), siendo Chile (63%), México (64 %) y Bahamas (69%) los que presentan las tasas más elevadas. Cabe destacar que el aumento de la obesidad en América Latina y el Caribe impacta de manera desproporcionada a las mujeres: en más de 20 países, la tasa de obesidad en mujeres es 10 puntos porcentuales mayores que la de los hombres.

Braguinsky (2002) sostiene que la obesidad es una problemática de la salud pública y explica que, en diferentes investigaciones, la prevalencia en distintas clases sociales y lugares de toda Latinoamérica presenta oscilaciones: entre el 22-26% en Brasil, 21% en México, 10% en Ecuador, 3-22% en Perú, 22-35% en Paraguay, y 24-27% en Argentina. Se ha podido dilucidar también que en 17 de los 20 países latinoamericanos la prevalencia de pre-obesidad y obesidad es superior al 20%. Por otro lado, se hallan muestras de que la obesidad en los países latinoamericanos ha aumentado significativamente en los últimos años, siendo las mujeres las más afectadas por esta problemática.

### **3.1.3 Causas de la obesidad**

Medina, Aguilar y Solé-Sedeño (2014) consideran a la obesidad como una enfermedad donde intervienen causas genéticas, psicológicas y ambientales. En relación a los aspectos ambientales y socioculturales, los autores afirman que en la última década, se han producido grandes cambios económicos, laborales, sociales y demográficos provocando modificaciones en la dieta y en los estilos de vida, afectando las bases de las condiciones de vivir y de alimentarnos. Estos cambios son: incremento de la población urbana; aumento del sector económico terciario y, en consecuencia, menor ejercicio físico; reducción de la familia y de la habitación extensa e incorporación al mundo laboral de todos los miembros adultos de la familia nuclear; menor tiempo para dedicar en las tareas domésticas y, por lo tanto, a la cocina; mayor ingesta de alimentos procesados industrialmente; y rutinas cotidianas que favorecen el consumo de comida procesada, lipídica y barata, así como también un mayor número de comidas fuera de casa.

Seguendo con los aspectos ambientales que contribuyen al desarrollo de la obesidad, Scull (2003) sostiene que en los países industrializados hay aspectos que fomentan la obesidad. Entre éstos se encuentra la comercialización de alimentos ricos en calorías y pobres en nutrientes, teniendo estos mismos un fácil acceso. Esto genera un incremento en la frecuencia de consumición de grasas saturadas y la merma en la ingesta de comidas sanas y balanceadas cuyo valor y duración de elaboración es superior al de las comidas saturadas. También otro aspecto son los hábitos sedentarios debido al uso del transporte, elevadores, equipos electrodomésticos - incluido el uso del control remoto - y el tiempo destinado a ver televisión o trabajar en la computadora, así como también la falta de ejercicio físico. A su vez, en relación a los aspectos ambientales, Bell y Rolls (2003) agregan que en el entorno del individuo se toman decisiones relacionadas con la selección y el consumo de alimentos. En la experiencia se van desarrollando creencias y actitudes respecto de la comida que comprenden ideas culturales sobre los alimentos y horarios de comida, las preferencias alimentarias y las ventajas para la salud. Además, éstas también influyen en la cantidad adecuada de comida. Otras creencias y actitudes relacionadas con la selección y el consumo de alimentos se basan en el placer o los componentes hedónicos que producen sus características organolépticas.

En este sentido, de acuerdo con un estudio realizado por Drewnowski (1997), los alimentos ricos en grasa, azúcar y sal mejoran las características organolépticas favoreciendo la elección de éstas, y son este tipo de alimentos los que las personas con obesidad suelen elegir, y en una mayor proporción que las personas delgadas.

Como se constató previamente, en la etiología de la obesidad se encuentran involucrados diferentes aspectos. Dentro de aquellos vinculados con la genética, Carrasco y Galgani (2012) sostienen la teoría de los genes ahorradores, la cual establece que durante la evolución del ser humano se seleccionaban ciertas variantes genéticas que permitían lograr un elevado almacenamiento de energía en el tejido adiposo y un bajo gasto energético ante condiciones de vida caracterizadas por la dificultad en la obtención de los alimentos y/o exposición a largos períodos de hambruna. Esta carga genética, en relación a un estilo de vida caracterizado por el sedentarismo y alta ingesta de calorías, constituye el principal factor de riesgo de obesidad, especialmente en las culturas occidentales.

Jiménez (2011), por su parte, considera que solo un pequeño número de casos de obesidad resulta de la existencia de mutaciones en genes concretos. Dentro de éstos últimos se encuentra la llamada obesidad monogénica que origina, en algunos casos,

síndromes mendelianos de muy escasa incidencia entre la población. Por el momento, se han descrito 130 genes relacionados con la obesidad, algunos de ellos implicados en la codificación de péptidos transmisores de las señales de hambre y saciedad, otros implicados en los procesos de crecimiento y diferenciación de los adipocitos, y genes implicados en la regulación del gasto energético. Asimismo, la obesidad constituye un estado de inflamación crónica, por lo cual, alteraciones de la expresión de genes relacionados con el metabolismo de la insulina y la inflamación del tejido adiposo son procesos básicos que influyen en la explicación de la etiología genética de la obesidad.

Por último, dentro de los factores psicológicos un aspecto importante es la personalidad. Según un estudio realizado por Sutin, Ferrucci, Zonderman y Terracciano (2011) las personas con obesidad tienen rasgos de personalidad caracterizados por un alto neuroticismo y una baja conciencia. En relación al primero éste se caracteriza por una baja estabilidad emocional, y en relación a la baja conciencia ésta refiere a un bajo auto-control, no sólo de impulsos sino también en la planificación, organización y ejecución de tareas. Las personas con estas características de personalidad tienen alta probabilidad de pasar por ciclos de pérdida y ganancia de peso durante toda su vida. También la impulsividad es considerada un predictora del sobrepeso debido a que para mantener un peso saludable es necesario seguir una dieta balanceada y un programa de actividad física constante, lo cual implica compromiso y moderación, algo generalmente difícil en individuos altamente impulsivos.

Siguiendo con los aspectos psicológicos Pickering, Grant, Chou y Compton (2007) realizaron una investigación en Estados Unidos donde encontraron que los episodios depresivos, el trastorno de pánico, las fobias, la personalidad antisocial y el trastorno por evitación, estaban relacionados con el desarrollo de la obesidad o el sobrepeso. A su vez Goldfield, Moore, Henderson, Buchholz, Obeid y Flament (2010) adhieren al estudio mencionado anteriormente ya que, en un estudio en el que participaron 1.490 adolescentes canadienses, expusieron que la obesidad puede aparecer como una consecuencia secundaria a sintomatología depresiva, caracterizada por anhedonia, autoestima negativa e insatisfacción corporal.

En relación con la conducta alimentaria en los individuos con obesidad, Barragá, Altamirano, Murguía y Tamayo (2015) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los hábitos de alimentación y las conductas específicas que contribuyeron al desarrollo de la enfermedad. De acuerdo con los autores, los hábitos alimentarios están asociados al estado emocional de las personas, debido a que se come de manera

exagerada de acuerdo al estado de ánimo. También están vinculados con un gran número de refuerzos positivos que satisfacen las necesidades o placeres a corto plazo. Los autores concluyeron que la restricción calórica, es decir los ayunos prolongados, se han relacionado con un incremento en los niveles de hambre y con dificultades en la adaptación al gasto energético, lo que a largo plazo lleva a una sobreingesta y, por ende, a una mayor tendencia a la obesidad. Por lo general, las personas con obesidad presentan patrones de alimentación desordenados tales como comer entre comidas, picar alimentos constantemente, ingerir grandes cantidades de gaseosa, así como comer en ausencia de hambre física.

### **3.1.3 Consecuencias de la obesidad**

La obesidad conlleva a diferentes consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Dentro de las físicas, Rivera, Hernández, Aguilar, Valdillo y Murayama (2015) mencionan que la obesidad está altamente relacionada con las enfermedades no transmisibles especialmente con la diabetes, enfermedades cardiovasculares, traumatismo articular, el dolor de espalda, hipertensión, algunos tipos de cáncer y la mortalidad. Por su parte, Doval (2006) adhiere a los autores mencionados anteriormente y señala diversas consecuencias físicas tales como: diabetes mellitus, donde alrededor del 90% de los individuos que desarrollan diabetes tipo 2 tienen un IMC  $> 23$  kg/m<sup>2</sup>, también agrega la presencia de artrosis en las rodillas y caderas, artritis con dolores en las articulaciones, hiperuricemia y la enfermedad de la gota. De acuerdo con el autor, la obesidad restringe la capacidad vital y el tejido graso alrededor del cuello induce obstrucción de la respiración con interrupción de la respiración hasta más de 30 veces por la noche, con ronquidos y pausas mayores a 10 segundos, esto último conocido como apnea del sueño.

En relación a las consecuencias psicológicas y sociales, Velázquez y Alvarenga (2001), consideran que la concepción social de la obesidad provoca que las personas estigmaticen a los individuos con obesidad con diversos prejuicios donde suelen ser percibidos como sujetos sin autocontrol y antiestéticos. La discriminación suele muchas veces aparecer dentro del personal de la salud. Este evita la atención de esta población generando que concurren menos a las consultas médicas, lo que conlleva al retraso en el diagnóstico de algunas enfermedades médicas, entre ellas el cáncer. También Lopera y Restrepo (2014) asocian a la obesidad con el aumento de afectos negativos, lo cual se refleja en emociones como angustia, ira, disgusto, miedo y vergüenza, favorecidos por la estigmatización social. Si bien varían de persona a persona, los efectos emocionales secundarios más

comunes de la obesidad son: la baja autoestima, la falta de habilidades sociales, la visión distorsionada del cuerpo, la depresión, los pensamientos suicidas y el autocastigo.

Cormillot (2008) añade, a lo mencionado anteriormente, la tendencia al aislamiento, reacciones fóbicas, depresión, hostilidad, dificultades sexuales, trastornos de la imagen corporal y sentimiento de inferioridad. El autor expone que cuando la sociedad rechaza o intenta cambiar la conducta de la persona con obesidad, esta muchas veces tiene una reacción hostil o fóbica generando afrontamientos evitativos aumentando el aislamiento, lo cual puede agravar las tendencias depresivas que caracteriza a las personas con obesidad.

En relación a éste último aspecto, Reyes, Betancur y Samaniego (2015) añaden que la insatisfacción de la imagen corporal regularmente produce un aislamiento social, y esto a su vez genera que las personas con obesidad no se animen a vincularse con otros, creando dificultades para entablar una relación de pareja por miedo al rechazo o la burla, lo cual hace que sus pensamientos y sentimientos lo lleven a seguir teniendo conductas de sobreingesta de comida para evitar esas situaciones, desmotivándolos, y generando síntomas depresivos.

### **3.2 Consideraciones generales del tratamiento de la obesidad**

Acosta y Díaz (2001) hacen referencia a los motivos que en un primer momento motivan la búsqueda de tratamiento en sujetos con obesidad, los cuales van desde las consecuencias físicas, sociales y psicológicas. En muchas ocasiones predominan los problemas, las enfermedades que se agravan por la obesidad, o recomendaciones del personal médico, con lo cual la persona reconoce que tiene que bajar de peso para mejorar su salud. En otras ocasiones las razones para someterse a tratamiento de la obesidad consisten en problemas estéticos, donde hay una necesidad por mejorar su figura o lograr esto para poder alcanzar o mantener un empleo, una relación de pareja, o simplemente el poder ser aceptado en un grupo social donde el tener obesidad genera burla o rechazo. En estas últimas circunstancias se evidencian los fenómenos psíquicos y sociales que pueden interactuar para demandar la asistencia del paciente obeso a consulta.

López- Villalta y González (2014) expresan que el tratamiento de la obesidad debe plantearse de forma integral, donde es importante trabajar de forma interdisciplinaria. El objetivo del tratamiento es conseguir una pérdida de peso mantenida en el tiempo, haciendo énfasis en las futuras recaídas y también en las comorbilidades asociadas a la obesidad. Las opciones terapéuticas actuales son: el tratamiento dietético, la actividad

física regular, el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicológico. En casos graves y que reúnan los criterios consensuados se plantea la inclusión en un programa de cirugía bariátrica.

Por su parte, Cormillot (2008) ordena los tratamientos de forma piramidal. En la base se encuentra el apoyo profesional médico y psicológico junto con el trabajo grupal. También incluye en la pirámide la reeducación alimentaria y la promoción de hábitos saludables como reducir conductas sedentarias, incluyendo la actividad física. Los tratamientos farmacológicos, la internación y la cirugía bariátrica ocupan los niveles más altos de la pirámide.

López – Villalta y González (2014) recomiendan en relación al tratamiento dietético las dietas hipocalóricas equilibradas, que son las que crean un déficit de 500-1000 kcal respecto a la dieta habitual y que pueden conseguir pérdidas del 8-10% del peso inicial al cabo de seis meses. La distribución de macronutrientes recomendada en una dieta equilibrada debe darse de la siguiente forma: el 50-55% de las calorías de la dieta deben ser aportados por los hidratos de carbono, grasas menos del 35% (saturadas por debajo del 7%, monoinsaturadas 15-20% y poliinsaturadas en torno al 5-10%) del total energético diario. El uso de estas dietas suele realizarse en el ámbito hospitalario ya que requieren un control médico. En este sentido, la adherencia al plan dietético es el factor más decisivo para conseguir una pérdida ponderal significativa.

En conjunto con un plan de alimentación, Salas-Salvadó, Miguel, Montserrat y Moreno (2007) incluyen la actividad física regular como un componente esencial en el manejo de la pérdida de peso. Para esto es necesario que se comience con un régimen de actividad lento, pero progresivo, durante varias semanas hasta alcanzar los objetivos planteados. Como primera medida, conviene reducir el sedentarismo fomentando el incremento de las actividades cotidianas que generen un gasto calórico y, a medida que el sujeto va perdiendo peso y aumentando su capacidad funcional, se puede incrementar tanto la intensidad como el tiempo de dedicación a estas actividades hasta alcanzar un mínimo de 45-60 minutos diarios.

En relación al tratamiento farmacológico Sierra- Murguía, Vita – Sierra y Torres (2014) hacen referencia al Orlistat, el mismo está indicado para pacientes con  $IMC \geq 30$  o  $\geq 27$  si hay diabetes, dislipidemia o hipertensión. El Orlistat es un inhibidor reversible de las lipasas gastrointestinales, por lo que el paciente no puede hidrolizar a los triglicéridos de la dieta en ácidos grasos libres y monoglicéridos absorbibles. Debido a que los triglicéridos no hidrolizados no son absorbidos, el déficit calórico resultante tiene un

efecto favorable sobre el control de peso; sin embargo, esto produce efectos secundarios, los cuales se han asociado a baja adhesión terapéutica, dejando limitado el tratamiento farmacológico para la obesidad.

Dentro del tratamiento psicológico Meza y Moral De La Rubia (2011) agrupan a las teorías psicológicas en subgrupos, concibiendo, por un lado, al enfoque cognitivo-conductual y la terapia grupal. Por su parte Baile, González-Calderón, Palomo y Rabito-Alcón (2013) incluyen también la actuación a través de programas comunitarios y en cuanto a la corriente o enfoque psicológico, tanto en la intervención grupal como en la individual, el que más aval científico posee es el cognitivo-conductual. El problema de este enfoque, y de la mayoría de los tratamientos de la obesidad, es lograr que la persona no aumente con el paso del tiempo el mismo peso que bajó, por esto el terapeuta debe esforzarse en realizar una terapia generalizable más allá del contexto terapéutico. Con respecto a los programas comunitarios lo que se pretende es que individuos pertenecientes a un determinado grupo ya existente - estudiantes de un colegio, miembros de una asociación civil, habitantes de cierto distrito, etc. - reduzcan su obesidad o sobrepeso mediante intervenciones comunitarias dirigidas a todos los miembros. Un ejemplo de este tipo de intervención es una investigación realizada por Cowart , Biro, Wasserman, Stein, Reider y Brown (2010) donde se realizó una intervención en entornos comunitarios religiosos con el objeto de favorecer la adopción de prácticas positivas para la salud que permitan la reducción de peso.

Zukerfeld (2005) en relación a los tratamientos en formato grupal para la obesidad, expresa que los mismos tienen su base en tres ejes: a) semejanza: donde lo importante radica en que los pacientes puedan darse cuenta que no son los únicos atravesando un proceso terapéutico para la obesidad; b) modelo: se basa en la posibilidad de construir ideales en conjunto con el grupo, y c) de expresión emocional y confrontación: se define como la relación entre las condiciones que da un grupo para poder enfrentar realidades negadas e intentar transformarlas desde la mirada grupal.

Siguiendo con las técnicas quirúrgicas, las cuales según Díaz (2012) deben emplearse como última opción cuando ni los fármacos ni la dieta ofrecen cambios en el descenso debido a la alta peligrosidad de la operación, Bretón, Pérez, Gimeno Ruesca y Hernández (2005) sostienen que la cirugía bariátrica induce cambios anatómicos y funcionales a nivel gastrointestinal que van a provocar una reducción de la ingesta alimentaria y/o una malabsorción de nutrientes que pueden comprometer el estado nutricional del paciente, dando lugar a una malnutrición proteico energética o al déficit selectivo de algunos

micronutrientes. Para minimizar estas complicaciones, la práctica de las técnicas quirúrgicas debe ser realizada por un equipo multidisciplinario y deben elegirse de forma estricta las personas que van a ser sometidas al procedimiento, así como también debe tenerse un adecuado seguimiento clínico a largo plazo. Rubio et al. (2004) explican que la cirugía bariátrica tiene como objetivo corregir o controlar la patología asociada a la obesidad mórbida y mejorar la calidad de vida del paciente, a través de una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo, y con un mínimo número de complicaciones. A su vez, está indicada para cuando el peso excede 45 kg o el 100% del peso ideal.

Como se mencionó anteriormente, de las diferentes perspectivas en psicología para el tratamiento de la obesidad, la más eficaz y con mayor aval científico es la cognitivo conductual. En este trabajo se analizarán las intervenciones desde la perspectiva terapéutica nombrada con lo cual en el siguiente apartado se profundizará en este enfoque.

### **3.3. Modelo cognitivo conductual**

#### **3.3.1 Principios de la terapia cognitivo conductual**

Dentro de las explicaciones acerca de los inicios de la psicoterapia cognitiva conductual, Korman (2012) hace referencia a que las terapias conductuales y los enfoques cognitivos surgen en la década de los 70 a partir de investigaciones en psicología básica, así como también con la crisis del psicoanálisis, y frente al auge de los criterios de efectividad en los Estados Unidos.

Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) definen a la terapia cognitivo conductual como un método que enfatiza una participación activa y colaborativa con el paciente. Es estructurada y orientada hacia objetivos, directiva y de tiempo limitado. Uno de los supuestos teóricos en los que se fundamenta es que en la medida en que se puedan modificar el contenido de las estructuras cognitivas de un sujeto se puede influir en su conducta y sus afectos. La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. Su objetivo principal es identificar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos del paciente. Uno de sus pilares es el poder construir en conjunto con el paciente experiencias de aprendizaje que estén dirigidas a enseñarle al paciente las siguientes operaciones: a) controlar pensamientos automáticos y negativos; (b) conocer las relaciones entre el pensamiento, afecto y conducta; (c) identificar y poner a prueba la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos disfuncionales; (d) sustituir -estos pensamientos por otros más racionales y realistas; y(c)

aprender a identificar y modificar las falsas creencias que lo predisponen a distorsionar sus experiencias.

De acuerdo con Biglieri y Vetere (2011) en los conceptos básicos de la terapia cognitivo conductual se encuentran: los esquemas o patrones cognitivos nucleares, las creencias intermedias y los pensamientos automáticos. Los esquemas se encargan de la construcción de significado acerca de sí mismo y del mundo y su función es dotar de sentido las experiencias vitales. Éstos se desarrollan desde la infancia a través de protoesquemas; se trata de respuestas innatas que se van modificando a medida que se interactúa con el ambiente, incorporando información que permite complejizar las estructuras preexistentes. Si bien no todos son construidos desde la infancia, estos son de gran importancia ya que sus características establecen los cimientos sobre los cuales el individuo tenderá a percibirse a sí mismo y al entorno. A su vez, estos esquemas tienen distintas características, pudiendo ser estos flexibles o rígidos, globales o discretos con respecto a su amplitud, y tempranos o tardíos de acuerdo con el momento del ciclo vital en el que fue conformado. También éstos pueden clasificarse en tres tipos: los esquemas cognitivos conceptuales, encargados de la interpretación de hechos; los afectivos, encargados de la respuesta emocional; los motivacionales relacionados al deseo; los instrumentales que preparan para la acción y el comportamiento; y los del control que inhiben o dan lugar a las acciones.

En relación a los pensamientos automáticos y las creencias intermedias, Beck (1995) considera a los primeros como las imágenes y palabras que pasan por la mente de la persona; son específicos para cada situación siendo el nivel más superficial de la cognición. Las creencias intermedias, por su parte, consisten en actitudes, reglas y presunciones a menudo no expresadas. En el tratamiento cognitivo conductual, en un principio, se hace énfasis en los pensamientos automáticos; ya que son más cercanos a la conciencia. El terapeuta enseña progresivamente a identificar, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr una mejoría de los síntomas. Posteriormente, el terapeuta cambia el foco hacia las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales. Las creencias centrales e intermedias de mayor relevancia son evaluadas para lograr un cambio en las conclusiones que saca el paciente a partir de su interpretación de los hechos. La modificación sobre estas creencias; busca evitar o prevenir recaídas en el futuro.

### **3.3.2 Intervenciones de la terapia cognitivo conductual en la obesidad**

Leija-Alva, Aguilera-Sosa, -Padilla, Rodríguez, Trejo-Martínez y López-de la Rosa (2011) consideran que en el caso de la obesidad el modelo cognitivo-conductual se enfoca en los estímulos que anteceden a la conducta de comer en exceso. Tiene como objetivos generar conductas funcionales, refutar los esquemas básicos desadaptativos y la adquisición de una ingesta saludable. La perspectiva de estos abordajes busca que el paciente se responsabilice a través de distintas técnicas que, en este trabajo, se irán abordando de forma específica. Los autores mencionan técnicas tales como: a) automonitoreo en coordinación con el terapeuta, b) autocontrol del comportamiento alimentario y de la actividad física, c) programas psicoeducativos, y d) solución de problemas.

En relación a la técnica del autocontrol, Casado, Camuñas, Navlet Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997) la definen como una técnica que permite que el paciente se implique de forma activa y se responsabilice en su tratamiento. Es por esto que para desarrollar la misma hacen referencia a las siguientes intervenciones: A) autorregistro de consumo de alimentos y situaciones en las que se consumen alimentos fuera de la dieta. El objetivo principal es tomar conciencia de lo que comen en cada momento y de las variables que controlan la ingesta; B) Establecimiento de metas y submetas adecuadas. Es importante que el paciente establezca una meta final realista y adecuada a sus características. Esto ayuda a mantener la motivación y la adherencia al tratamiento marcando submetas y objetivos parciales hasta la consecución del objetivo final; C) control estimular: está dirigido tanto al tipo de alimentos que se consumen –como a la situación misma de la ingesta en conductas tales como comer despacio, en bocados pequeños, llevar a la mesa el plato ya servido, utilizar platos pequeños, comer siempre sentados, levantarse de la mesa al terminar, evitar disponer de alimentos hipercalóricos; D) Registro semanal del peso: cada paciente debe llevar la anotación semanal de su peso así como también el terapeuta.

Otra de las intervenciones dentro del autocontrol son las estrategias dirigidas al entrenamiento en resolución efectiva de problemas. La misma, de acuerdo con D'Zurilla y Goldfield (1971), tiene dos objetivos principales: poner a disposición una variedad de alternativas de respuesta para enfrentar una situación problemática, y conseguir la interrupción de cadenas conductuales que favorecen la sobreingesta. En dicha intervención se inicia con una orientación general donde se identifican las situaciones problemáticas, se perfila el problema detalladamente y se explica la importancia de intentar distintas formas de pensar el mismo, creando una nueva visión del problema. Luego se buscan distintas

alternativas con un listado de posibles soluciones, eligiendo solo una de ellas teniendo en cuenta dos criterios: las consecuencias positivas y negativas derivadas de su puesta en marcha y su viabilidad. Y por último, la verificación. Una vez seleccionada y ejecutada la alternativa escogida como solución al problema, es necesario analizar las consecuencias. Los pacientes deben ir practicando la técnica con sus problemas cotidianos, exponiendo el procedimiento y sus resultados. Esta práctica escalonada sirve de apoyo para aumentar la confianza en sí mismos en la resolución de problemas cotidianos.

Siguiendo con otra de las intervenciones en obesidad, Clark (2014) postula la reestructuración cognitiva (RC). Esta se encuentra dirigida a objetivos específicos, es estructurada, posee estrategias de intervención colaborativa - es decir involucra al terapeuta y al paciente - centrándose en la exploración, evaluación, y la sustitución de los pensamientos, evaluaciones y creencias desadaptativas. El terapeuta en particular se vale de intervenciones verbales que permiten generar estos cambios en las creencias. En este sentido el autor recopila las principales estrategias verbales utilizadas en la RC, siendo éstas las siguientes: a) evaluación de consecuencias: busca examinar los costos y beneficios inmediatos y a largo de plazo de las creencias desadaptativas; b) identificación de sesgos cognitivos; c) normalización: consiste en reconceptualizar los pensamientos, sentimientos y comportamientos no deseados concebidos por el paciente como desviaciones de la experiencia humana normal para fomentar una mayor aceptación y confianza al tratar con las propias experiencias subjetivas; d) Desafiar el pensamiento catastrófico trabajando sobre los peores escenarios, evaluando sus efectos realistas y probables sobre la calidad de vida, y formulando un plan de afrontamiento; y e) Obtención de evidencia: el terapeuta alienta al paciente a refutar sus creencias a través de la observación, evaluación experimental y el aprendizaje, para lograr cambios en los esquemas desadaptativos.

López y Godoy (1994) añaden que en el programa de tratamiento de la obesidad se busca entrenar en el quiebre de cadenas comportamentales en dos niveles: en un nivel cognitivo, a través de la identificación de los pensamientos que llevan a un consumo inapropiado de comida, o a un mal funcionamiento del programa de tratamiento, sustituyéndolos por pensamientos más funcionales; y a nivel conductual, ejecutando acciones alternativas a la ingesta excesiva.

Dentro de las distorsiones cognitivas que se suelen trabajar durante la terapia cognitivo conductual en la obesidad, Raich (2001) menciona: el pensamiento dicotómico - “bella o fea”-, la maximización de los aciertos del otro - “está teniendo total éxito”- y

minimización de los propios - “he bajado muy poco”-, la comparación negativa con el otro, el filtro mental negativo-“cometí un pecado hoy, no puedo seguir con el tratamiento”- y la sobregeneralización y lectura de la mente - “el médico sabe que no lo estoy haciendo bien”. El autor señala que las personas con obesidad y trastornos de la imagen corporal suelen tener una baja autoestima y autoeficacia, ya que en la primera hay una distorsión cognitiva relacionada con generalizar los fracasos y enfocar la atención únicamente hacia los aspectos negativos, lo que tiene como consecuencia una inclinación hacia la depresión y disminución en actitudes de sociabilidad similar al esquema de distanciamiento social y fracaso. Jeffery, Wing y Stunkard (1978) añaden en relación a las distorsiones cognitivas otras tales como: "Me estoy sacrificando y estoy perdiendo muy poco peso", "No tengo fuerza de voluntad", "Me he comido un dulce, lo he estropeado todo". Estos pensamientos automáticos son los que a menudo se discuten y cuestionan, buscando restituirlos por otros más realistas y positivos.

Por su parte, Rivero (2011) destaca otras intervenciones fundamentales en el tratamiento de la obesidad entre las cuales se ubican el desarrollo de la autorregulación, y la autoeficacia. A la primera, la define como la capacidad del sujeto para auto-motivarse en base a reacciones auto-evaluadoras de sus propios comportamientos. La autorregulación permite lograr una posición activa de la persona para llevar a cabo el tratamiento y lograr los objetivos previstos. A su vez, este aspecto se vincula con la autoeficacia -también llamada control subjetivo - que se define, en relación con el tratamiento de la obesidad, como la capacidad que la persona piensa que tiene para poder ejercer control sobre su peso. En este sentido, un paciente puede tener las habilidades o destrezas necesarias para autorregular su comportamiento, pero es importante trabajar en las creencias que dificultan que los pacientes se sientan capaces de aplicar las destrezas de forma exitosa para regular su propia conducta alimentaria y poder adecuarse al tratamiento.

En las intervenciones para la obesidad un aspecto de suma importancia es el emocional. Telch y Agras (1996) afirman que las personas con obesidad usualmente tienen conductas de sobreingesta luego de haber experimentado emociones negativas. Este aspecto es bien conocido como *comer emocional*, el cual es definido por Garaulet, Canteras, Morales, López-Guimera, Sánchez-Carracedo y Corbalán-Tutau1 (2012) como una estrategia de afrontamiento evitativo que provoca la supresión emocional y el distanciamiento de la situación amenazante.

A los fines de intervenir sobre el aspecto emocional, Segura et al. (2017) consideran el entrenamiento en remediación cognitiva y habilidades emocionales, el cual tiene como

objetivo que los pacientes conozcan la relación entre emoción y pensamiento, el manejo emocional en uno mismo y en los demás. Para esto buscan: a) facilitar la identificación de las emociones, etiquetando las emociones más relevantes para cada uno; b) motivar a los pacientes a ver las emociones como algo transitorio y temporal a través de la lectura de varias situaciones en las que se experimentan diferentes emociones; c) comprender la función de las emociones centrándose en qué cosas nos comunican sobre nosotros mismos y sobre nuestro medio, y en cómo nos pueden ayudar a comunicarnos con los demás; d) identificar la forma de comunicar las emociones y necesidades mediante la auto-observación de la conducta en diversas situaciones y averiguando si resulta eficaz; y e) aprender a comunicar los sentimientos y necesidades mediante la práctica de la asertividad.

Dentro de las estrategias directivo-informativas se encuentra la psicoeducación, intervención que es definida por García, Suárez, Agramonte y Mendoza (2011) como un proceso que busca educar al sujeto de conocimientos y destrezas necesarias que permitan afrontar las exigencias del tratamiento, así como también promover la motivación y la responsabilidad con la finalidad de que la persona pueda controlar el proceso de su tratamiento. De acuerdo con una investigación realizada por García, Guillén, Martínez y Sánchez-Armás (2017) en la psicoeducación en el tratamiento de la obesidad es importante trabajar sobre las siguientes temáticas: estilos de vida saludables, causas de la enfermedad, identificación de redes sociales de apoyo, estrategias de adherencia terapéutica y control de peso, autocuidado y automonitoreo, mitos y creencias sobre la obesidad, la obesidad y el ser mujer, y familia y obesidad.

Con respecto al entrenamiento en habilidades sociales, otra de las intervenciones en el tratamiento de la obesidad, Casado et al. (1997) hacen referencia a que el mismo tiene como objetivo central dotar a los participantes de un grupo de habilidades asertivas para la consecución de sus metas, las cuales incluyen aprender a comer en situaciones sociales, pedir menús hipocalóricos, rechazar alimentos considerados peligrosos. En este entrenamiento se incluyen técnicas como: el modelado, el ensayo conductual, la retroalimentación y el refuerzo orientado a la consecución de los siguientes objetivos específicos. En el modelado lo que se pretende es la adquisición de conductas nuevas, la inhibición o desinhibición de conductas existentes y la facilitación de aquellas conductas que, aun formando parte del repertorio conductual, los sujetos no son capaces de ponerlas en marcha de una forma efectiva. Para ello, uno o varios terapeutas exhiben las conductas objeto de entrenamiento en presencia del grupo. Una vez realizado esto se procede con el ensayo conductual, donde el sujeto practica y ensaya las conductas que anteriormente

fueron llevadas a cabo por los terapeutas. Luego, se le brinda al paciente información sobre la ejecución manifiesta de sus conductas de manera que se vaya adquiriendo progresivamente un nivel de ejecución más idóneo. Y, por último, se refuerza su empleo con el objetivo de incrementar el nivel de motivación de los pacientes, aumentar la tasa de respuestas adecuadas y mantener los logros alcanzados hasta el momento.

Coutinho (1999), en este sentido, considera importante que en el entrenamiento de habilidades sociales se busque desarrollar capacidad de expresar afecto, establecer límites, aceptar y afrontar las críticas, con el objetivo de fomentar una buena autoestima, así como desarrollar recursos de afrontamiento ante eventos estresantes, que le producen al paciente ansiedad y tristeza.

La motivación cumple un rol fundamental en el tratamiento, en relación a esto Coutinho (1999) considera que una estrategia que se puede utilizar de manera eficaz es la del contrato comportamental, la cual establece un compromiso entre el terapeuta y el paciente, o con sus compañeros de grupo en su casa, ya que esto motiva el comportamiento para disminuir el peso corporal y establece una implicación de responsabilidad y compromiso consigo mismo y con la terapia. También es importante, de acuerdo con Ravenna (2006), que los terapeutas sean confrontativos con los esquemas de los pacientes buscando cambiar las creencias disfuncionales, así como el locus de atribución; se busca pasar de una atribución externa (el control está fuera de mi) hacia una atribución interna (soy el responsable de mi sobreingesta y de mi tratamiento).

### **3.4 Estrés**

#### **3.4.1 Conceptualización del estrés**

Macías (2017) en un estudio sobre el estrés expone que existen diferentes concepciones teóricas acerca de cómo se entiende el término. Las dos principales son las siguientes: las centradas en la investigación estímulo-respuesta del estrés y las vinculadas con el estrés como concepto relacional. La primera se ha desarrollado a través de dos líneas de investigación: la centrada en los estresores (estímulo) y la centrada en los síntomas (respuesta).

Tomando la primera línea de investigación acerca del estrés basada en el estímulo-respuesta, Selye (1974) definió al mismo como una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias; un conjunto de respuestas fisiológicas, donde como reacción a estímulos inespecíficos considerados estresores se produce una activación del eje

hipotálamo-hipófiso-córtico suprarrenal, -con elevación de la secreción de corticoides- y del eje simpático-médulo-suprarrenal. A su vez, el autor describió lo que llamó el síndrome general de adaptación donde la respuesta al estrés se desarrollaba en etapas. En una primera instancia se activa la fase de alarma: el organismo se percata del agente estresor, activa su sistema nervioso simpático, la corteza y médula de las glándulas suprarrenales para movilizar los recursos energéticos necesarios que harán frente a la situación. En segunda instancia, en la fase de resistencia o adaptación, el organismo intenta afrontar ese estresor utilizando los recursos energéticos disponibles y, al mismo tiempo, los sistemas y órganos innecesarios para sobrevivir a la emergencia disminuyen sus funciones. Si el organismo está continuamente expuesto al estresor se produce una fase de agotamiento que da lugar a las llamadas enfermedades de adaptación.

En cuanto al nivel óptimo de estrés, Bensabat (1987) considera que éste se refiere al nivel de estrés necesario para cada sujeto, con el propósito de que éste se desempeñe de manera óptima en unas condiciones compatibles con sus posibilidades de adaptación. El estrés no siempre es negativo, muchas veces es necesario para la vida. Si el nivel de estrés no es el óptimo, ya sea por exceso o por carencia, el estrés se convierte en distrés y exige una adaptación particular del organismo por encima de las normas fisiológicas, tanto en el aspecto biológico como en el físico y en el psicológico.

Con respecto al estrés en relación a los estímulos del ambiente, Bonifacio (2003) considera el estudio sobre los aspectos sociales de los estresores. En este sentido el autor sostiene la relevancia de tres formas principales de estresores sociales: los sucesos vitales -cambios agudos que requieren grandes reajustes durante un corto periodo de tiempo-, el estrés de rol -demandas persistentes que requieren reajustes durante periodos de tiempo prolongados-, y las contrariedades cotidianas -eventos pequeños que requieren reajustes diarios. Una de las principales conclusiones a las que lleva el análisis realizado por el autor es que estos tres tipos de estresores pueden contribuir de forma independiente en la predicción de las perturbaciones de la salud asociadas al estrés. Estas categorías de estresores actúan de forma interrelacionada influyéndose mutuamente, con lo cual es posible que la aparición de algún suceso vital pueda causar estresores crónicos y de forma contraria.

Tomando la segunda línea de investigación expuesta al principio, donde el estrés es concebido desde un enfoque transaccional, Lazarus y Folkman (1984) expresan que el estrés no pertenece a la persona o al entorno, ni tampoco es un estímulo o una respuesta, es relación dinámica entre el sujeto y el entorno. En su modelo cognitivo transaccional del estrés propusieron que los estímulos no son estresantes en sí mismos, es el individuo el que

los valora o no como tales. La percepción de un estímulo como estresante se hace a través de un doble proceso de valoración. En el primero, denominado valoración primaria, el individuo evalúa la importancia del estímulo -irrelevante, beneficioso o estresante. En el segundo, denominado valoración secundaria, evalúa su capacidad para afrontar el estímulo. El estrés se suscita cuando el sujeto considera que no tiene recursos suficientes.

A su vez, Lazarus y Folkman (1986) crearon un instrumento que evalúa las estrategias cognitivas y conductuales que se ponen en marcha para afrontar una situación estresante, dentro de las cuales se encuentran, en principio: la confrontación, estrategia en la cual se intenta solucionar la situación mediante acciones directas o agresivas; la planificación, en donde el sujeto intenta pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema; el distanciamiento donde el sujeto intenta apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte; el autocontrol donde los esfuerzos se dirigen a controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales; el escape-evitación en la cual se emplean pensamientos irreales improductivos o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos; y, por último, la reevaluación positiva donde se busca percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

### **3.4.2 Eventos estresantes en el tratamiento de la obesidad**

Elfhag y Rössner (2004) consideran que el estrés como un factor importante en el tratamiento de la obesidad ha recibido cada vez más atención. Específicamente, la capacidad de hacer frente al estrés es crucial para que los pacientes puedan sostener el tratamiento. De acuerdo con los autores, las personas con obesidad tienden a comer en respuesta a situaciones estresantes así como también frente a emociones evocadas por estresores de la vida diaria. Suelen tener una tendencia a usar la comida para regular el estado de ánimo. A su vez, el entorno y los eventos estresantes de la vida que enfrenta la persona que intenta perder peso, pueden facilitar u obstaculizar el tratamiento. Los autores evidencian que una vida estresante se ha asociado con episodios de sobreingesta. Dentro de estos eventos los autores encuentran a las enfermedades graves, los duelos, el estrés personal o familiar, la vida muy ocupada por el trabajo, así como también el no tener apoyo social.

Verheijden, Bakx, van Weel, Koelen y van Staveren (2005) añaden, en relación a lo expuesto anteriormente, que el entorno social del paciente también puede sabotear y socavar los intentos de pérdida y mantenimiento de peso. El entorno social y cultural de una persona tienen una influencia importante en los estilos de vida y creencias relacionados con la actividad física y la nutrición. La cultura de comer grandes cantidades de alimentos durante

las interacciones sociales, puede representar una dificultad difícil de superar. En este sentido, sostienen los autores, no es raro que las personas más cercanas a una persona con obesidad puedan activamente o inadvertidamente obstaculizar o subvertir las intervenciones. Es por todo esto que las personas en tratamiento de la obesidad deben aprender a afrontar estas situaciones.

En relación a la familia, ésta, según Mauro, Taylor, Wharton y Sharma (2008) es un sistema dinámico con su propio lenguaje, roles, creencias y patrones. Cada miembro de la familia tiene un papel en el sistema y cuando cambia el rol de uno de ellos, incluso para mejor, puede interrumpir los roles de todos los involucrados. Un ejemplo de esta dinámica sostienen los autores es la sospecha de infidelidad que puede surgir cuando un cónyuge o pareja intenta de repente perder peso.

Correia, Pinhao, Poinhosa, Mendes de Oliveira, Vaz De Almeida, Medina y Galvao-Teles (2009) encuentran como factor estresante el cumplir la dieta propuesta por el tratamiento de la obesidad. Los autores encontraron que a los pacientes se les dificulta seguir exactamente la dieta -porque tienen una- vida ocupada que no les permite planificación y asistencia al lugar de tratamiento, o bien se sienten diferentes del resto cuando están haciendo dieta; el estrés hace que tengan atracones o también se sienten infelices cuando están a dieta.

Cooper y Fairburn (2001) agregan que, en el tratamiento de la obesidad, una de las situaciones que genera estrés y dificulta la adherencia son las expectativas de los pacientes acerca de la cantidad de peso que creen deberían perder y la que realmente logran ir bajando. Los autores explican que los pacientes tienden a subestimar la importancia que tiene la pérdida de peso si no cumplen con la expectativa - muchas veces imposible de lograr en un tiempo prudencial-, así como también desvalorizan cualquier otro cambio positivo que ya haya ocurrido - como el lograr una aptitud y agilidad en el tratamiento o una reducción en el talle de la ropa-. En cambio, suelen centrarse en el peso que aún debe perderse. En este punto concluyen que dado que su peso deseado parece ser inalcanzable, la privación y el esfuerzo enfocado en tratar de perder peso no vale la pena con lo cual se genera una situación estresante que dificulta los intentos de control de peso. Muchos pacientes interpretan su incapacidad para perder peso como un fracaso personal derivado de una falta de autodisciplina.

### **3.5 Definición de adherencia al tratamiento**

Libertad y Abalo (2004) definen la adherencia terapéutica como un repertorio comportamental, mediado por componentes subjetivos, aspectos conductuales, elementos

cognitivos, motivacionales y unidos a cuestiones relacionales, donde intervienen la comunicación con el profesional de salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar, hasta el papel de la organización de los servicios de salud.

Ferrer (1995) añade, en relación a lo mencionado anteriormente, que la adherencia al tratamiento está mediada por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, sus actitudes, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su enfermedad. El padecimiento de una enfermedad ya implica de por sí una carga estresante en el desenvolvimiento de la vida de las personas, a la que se añade el cumplir con un conjunto de indicaciones que implican la realización de esfuerzos encaminados a garantizar el cumplimiento de aquellas. Dentro de las conductas que reflejan los problemas en la adherencia al tratamiento el autor menciona las siguientes: dificultades para comenzar; suspensión prematura; cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo o de propósito, ausencias a consultas e interconsultas; y rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad. Se destaca también la práctica de la automedicación.

Maciá-Antón y Méndez (1999) consideran otros factores como la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales de salud y las características de la comunicación que éste establece con los mismos. Los autores sostienen que los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento. Con respecto a la comunicación, ésta permite al paciente comprender la información que se está dando sobre la recomendación. Por otro lado, se ubica también la complejidad del tratamiento, esto es el grado de cambio comportamental, en los hábitos y la exigencia de pautas nuevas, la combinación de distintos tipos de intervención y especialmente la duración del tratamiento. También la relación costo-beneficio y la presencia de efectos secundarios. Finalmente, debe considerarse la naturaleza de la enfermedad. Aquellas que son más bien agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, pero ésta es menor en las enfermedades crónicas, y sobre todo en las asintomáticas, cuando los síntomas constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones.

Retomando la adherencia con respecto a la relación entre paciente y el profesional sanitario, Ortiz y Ortiz (2007) expresan que una relación de colaboración entre el paciente y el o los prestadores de la salud puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. Además, esta variable parecería asociarse con mejoras en la participación del paciente en su cuidado, disminuyendo las cancelaciones a las visitas

médicas e incrementando el compromiso del paciente. A su vez, se ha demostrado que la satisfacción y la comunicación del paciente con el equipo de atención en salud, son variables que pueden contribuir a la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos.

En relación a los aspectos psicosociales Libertad y Abalo (2004) hacen referencia a que el apoyo social y familiar también puede contribuir a incrementar y facilitar la ejecución de las recomendaciones al animar al paciente a mantener el régimen médico. Cuando las recomendaciones incluyan cambios en los estilos de vida, el apoyo de otros, sobre todo de los más allegados, puede ser especialmente necesario para iniciar y mantener los cambios.

A su vez, en la investigación acerca de la adherencia existen varias teorías que contribuyen a su comprensión; una de ellas es la de la psicología de la salud. Ortiz y Ortiz (2007) indican que la misma ha proporcionado un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia. Dentro de este campo hay diversas teorías: la teoría social cognitiva, el modelo de creencias en salud y el modelo transteórico.

En la teoría social cognitiva, Marteau (1989) expresa que este modelo ha contribuido a una mejor comprensión de porqué las personas tienen o ejecutan conductas saludables, y de cómo factores extrínsecos puede producir cambios conductuales. Estos modelos asumen que las decisiones estarían basadas en un costo-beneficio de los resultados probables de los diferentes cursos de acción, de tal forma que los individuos buscarían maximizar la utilidad y preferirían conductas asociadas con la mayor utilidad esperada. También dentro de este modelo se incorpora el concepto de autoeficacia, el cual es definido por Bandura (1987) como un factor en el que median variables cognitivas y motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia de comportamientos elegidos. Para el autor la autoeficacia es la creencia de que se es capaz de ejecutar exitosamente el comportamiento requerido para obtener determinados resultados. De acuerdo con Anderson (2000) la autoeficacia incrementa la habilidad del paciente para guiar su tratamiento.

En relación al modelo de creencias en salud, Ortiz y Ortiz (2007) exponen que éste integra teorías cognitivas y conductuales para explicar por qué a las personas les cuesta adherir a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta. Específicamente, de acuerdo con este modelo la probabilidad que un individuo adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad dependerá del grado de motivación e información que tenga sobre su salud, la autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad, percibir la condición

como amenazante, estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz, y la percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud.

En el modelo transteórico, Ruggiero y Prochaska (1993) expresan que existen etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Distinguen cinco etapas diferentes: 1) Precontemplación: el individuo no tiene intención de cambio en el corto plazo, usualmente medido en los próximos seis meses; 2) Contemplación : el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo de aquí a seis meses ; 3) Preparación: el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes; 4) Acción: el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido; 5) Mantenimiento: se ha cambiado la conducta por más de seis meses y se está activamente involucrado para sostenerla. Este modelo se fundamenta en que las personas cuando inician un tratamiento se encuentran en diferentes etapas de preparación motivacional para adquirir comportamientos saludables y los enfoques de intervención son más útiles cuando se corresponden con la etapa actual de cambio de una persona.

### **3.6. Obstáculos en la adherencia al tratamiento en la obesidad**

Candelaria, García y Estrada (2016) expresan que el éxito de los tratamientos conductuales para el control de la obesidad está normalmente predeterminado por cumplimiento de los requerimientos del programa y, para ello es necesario, primeramente, la asistencia y, posteriormente, la realización de las actividades relacionadas con la ingesta de calorías y la actividad física.

De acuerdo con Bautista, Molina-Cabrillana, Montoya-Alonso y Serra-Maje (2004) en el tratamiento de la obesidad hay una alta tasa de fracaso. Para los autores el consenso en las investigaciones realizadas ha sido que la mayoría de las personas obesas no permanecen mucho tiempo en los programas de tratamiento dietético y entre aquellos que permanecen, la mayoría no pierde peso, y los que sí lo hacen la mayoría lo recupera. A causa de la naturaleza crónica de la obesidad, es de suma importante hacer un seguimiento continuo y un control estricto del proceso. Por lo general, los pacientes tienden a abandonar los programas de pérdida de peso de atención médica alrededor del sexto mes de tratamiento. Entre las dificultades que se presentan en la adherencia al tratamiento se encuentran: el cansancio de la dieta, el embarazo, la falta de tiempo para asistir a la clínica, el alejamiento del área donde se está realizando el tratamiento y las presiones económicas.

En una investigación realizada por Grossi et al. (2006) se añaden otros obstáculos tales como la falta de motivación por parte de los pacientes, problemas personales, dificultades familiares o en el trabajo, insatisfacción con el programa de tratamiento o con los profesionales de atención, problemas de salud asociados a la obesidad y expectativas poco realistas acerca de la pérdida de peso.

Por su parte Brosens, Terrassa, Ventriglia y Discacciatti (2015) consideran los siguientes aspectos que se relacionan con la adherencia al tratamiento en la obesidad: la comprensión de la obesidad como una enfermedad crónica ya que aquellos pacientes que abandonan tempranamente el tratamiento suelen no estar dispuestos a cambiar sus hábitos para el resto de su vida, muchos de ellos sostienen las falsas expectativas con las que muchos comenzaron el tratamiento: el deseo de hacer dieta, bajar de peso y retomar luego su estilo de vida previo al tratamiento. La aceptación y comprensión del plan alimentario, la capacidad de desarrollar habilidades para lograr cambios de hábitos, rompiendo con creencias arraigadas y soportando presiones del contexto, lo que implica esfuerzo por organizarse y lograr apoyo familiar, control de los estímulos que activan el comer, la búsqueda de soporte social y la resolución de problemas a través de la generación de estrategias para afrontarlos y, por último, la redefinición de las expectativas terapéuticas. En este sentido, los autores consideran es fundamental buscar objetivos globales de bienestar y no sólo enfocarse en el descenso de peso, ya que una de las causas de abandono reportadas es la insatisfacción con los resultados. Por lo general, los pacientes están en búsqueda de nuevas formas para bajar de peso en un ciclo de fracaso y esfuerzo renovado, que se repite año tras año, y que los lleva a experimentar gran frustración.

En un estudio realizado por Martínez, García y Estrada (2016) vinculado con los factores que influyen en la adherencia terapéutica encontraron los siguientes: la falta de apoyo social, la implicación personal, la autoeficacia, los conocimientos relacionados con la enfermedad y, por último, las responsabilidades y obligaciones donde éstas pueden provocar que la atención del individuo se centre en cuestiones ajenas a su persona, por lo que puede disminuir el cuidado y afectar la salud física. En la investigación se vio reflejado que la mayoría de los participantes trabajaba, lo cual dificultaba realizar todas las actividades relacionadas con el cumplimiento del tratamiento.

Por su parte Grossi et al. (2006) realizaron una investigación en 18 centros médicos de Italia, entre 2000 y 2004. Su objetivo fue investigar las causas de abandono reportadas por los pacientes obesos tratados en dichos centros. Los autores encontraron que un 14% de los abandonos estaba asociado con las expectativas de los pacientes; escasa motivación 12%; y

confianza en la habilidad de perder peso adicional sin ayuda profesional 9%. Los problemas familiares representaron un 30%, problemas en el trabajo 28%, y problemas de distancia 21%. Otras causas frecuentemente reportadas fueron: sensación de haber sido abandonados por el profesional luego del programa inicial intensivo y/o mala relación con los profesionales tratantes.

Torresani, Maffei, Squillace, Belén y Alorda (2011) sostienen que la adherencia de pacientes con obesidad a las recomendaciones relacionadas con la actividad física es un gran desafío. Existen muchas razones reportadas por los propios pacientes para no involucrarse en la actividad física regular, entre ellas el dolor físico, la falta de estímulos, las restricciones en cuanto al tiempo disponible, la insatisfacción con la imagen corporal y el temor a las consecuencias de un esfuerzo más allá de las posibilidades reales. A los fines de intervenir sobre estas dificultades, los autores expresan que es necesario incluir herramientas tales como la fijación de metas concretas y realistas, el apoyo social, la planificación de actividades más estimulantes y la focalización por parte del profesional en los logros del paciente en lugar de criticar las fallas. Con respecto a la educación nutricional, los autores exponen que es una herramienta útil para mejorar la adherencia al tratamiento de reducción de peso específicamente en el cumplimiento con las pautas dietarias, ya que puede influir en la conducta del paciente, ayudándole a desarrollar habilidades de auto cuidado.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo de estudio**

Descriptivo cualitativo.

### **4.2. Participantes**

Cuatro psicoterapeutas encargados de coordinar los grupos terapéuticos.

La psicoterapeuta A, de 42 años, es Licenciada en Psicología de la Universidad de La Plata, dirige los grupos de mantenimiento y descenso de peso.

La psicoterapeuta B, de 54 años, es Licenciada en Psicología de la Marina Mercante, dirige los grupos de mantenimiento, descenso y los estéticos.

El psicoterapeuta C, de 44 años, es Licenciado en Psicología de la Universidad Buenos Aires, dirige los grupos de mantenimiento y descenso de peso.

La psicoterapeuta D, de 46 años, es Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires, dirige los grupos de descenso de peso.

Los grupos psicoterapéuticos de descenso de peso, los cuales estuvieron conformados por mujeres y hombres, mayores de edad, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años.

### **4.3. Instrumentos**

Observación no participante de los grupos terapéuticos

Entrevistas semi-estructuradas a cuatro psicoterapeutas.

La entrevista dirigida a los cuatro psicoterapeutas tuvo los siguientes ejes temáticos: 1) Descripción del abordaje de la obesidad en la institución; 2) Cómo entienden el vínculo que tienen los pacientes con la comida; 3) Cómo perciben la conducta alimentaria de los pacientes; 4) Cómo intervienen para fomentar cambios en la conducta alimentaria; 5) Qué herramientas de la terapia cognitivo conductual utilizan para ello; 6) Cuáles son las habilidades que se buscan desarrollar y/o fortalecer en los pacientes para afrontar las situaciones estresantes que se suscitan durante el tratamiento; y 7) Qué factores influyen en la adherencia al tratamiento y qué intervenciones realizan para fomentar la misma.

### **4.4 Procedimiento**

Se observaron los grupos terapéuticos que se desarrollaban en la clínica, entre tres y cuatro veces por semana, a lo largo de cuatro meses aproximadamente. Cada encuentro tuvo una duración de una hora y media. Las entrevistas semi-dirigidas a los cuatro psicoterapeutas se llevaron a cabo en la institución habiendo pactado el encuentro previamente con la coordinadora de la práctica así como con cada uno de los psicoterapeutas. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 25 minutos, y se realizó de manera individual y privada con cada uno de ellos.

## **5. DESARROLLO**

### **5.1. Intervenciones que realizan los terapeutas para fomentar cambios en la conducta alimentaria de los pacientes de descenso de peso**

En el presente objetivo se describirán las intervenciones que los terapeutas llevan a cabo desde el enfoque cognitivo conductual con la finalidad de generar cambios en el comportamiento alimentario durante el tratamiento de descenso de peso en la obesidad.

En una entrevista realizada a la psicoterapeuta A, ésta sostuvo que en el descenso de peso, se busca *“un cambio en la forma de relacionarse con la comida, que la comida sirva para vivir, no para morir. Para esto es necesario en principio conocer qué hábitos o conductas alimentarias sostienen la obesidad y no permiten el descenso de peso”*. En este sentido de acuerdo con Barragá et al. (2015) los autores expresan que las personas con obesidad tienen conductas tales como ayunos prolongados que a largo plazo conllevan a sobreingesta, patrones de alimentación desordenados tales como comer entre comidas, picar alimentos constantemente, ingerir grandes cantidades de gaseosa así como comer en ausencia de hambre física. Estas conductas se pudieron evidenciar en las observaciones de los grupos, en los cuales los pacientes expresaban cuestiones tales como: *“el picoteo me llevó a ponerme los 15 kilos de más”, “por mi trabajo suelo comer como mucho dos veces en el día, pero grandes cantidades cada vez que me siento”, “en la noche cuando llego a casa es cuando suelo comer de forma exagerada, ya que en el día no tengo tiempo”*. Una de las intervenciones planteadas desde TCC a los fines de poder trabajar sobre los hábitos alimentarios mencionados es el autorregistro, con la finalidad de tomar conciencia de lo que se come en cada momento y de las variables que controlan la ingesta (Casado et al., 1997). A su vez, la psicoterapeuta A expresa que el autorregistro permite *“conocer con que alimentos se quedan pegados los pacientes y en qué situaciones.”* En relación a esto, en la observación una paciente comunicó que suele quedarse pegada *“cuando sirve la comida y coloca pan en la mesa, por lo general esto la lleva a romper con la dieta”*. Otra paciente expresaba que en el trabajo es donde más suele picotear, es por esto que la psicoterapeuta A menciona que en conjunto con el autorregistro se busca también el autocontrol.

Casado et al. (1997) expresan que el autocontrol está dirigido tanto al tipo de alimentos que se consumen como la situación misma de la ingesta. En la entrevista realizada a la psicoterapeuta B, esta sostiene que *“el control estimular es básico para poder llevar a cabo la dieta, sin un control acerca de lo que se come, el comer es desbordado, tiene que haber una abstinencia en el exceso”*. Para esto los terapeutas preguntan a los pacientes -qué alimentos están consumiendo que los llevan a salirse de la dieta y, a su vez, los incentivan a generar conductas que posibiliten un autocontrol. En relación a esto, los pacientes suelen verbalizar durante las observaciones de los grupos cuestiones tales como: *“en casa suelo tener siempre galletitas, pan, cosas que sé no puedo comer”*; *“cuando como suelo ver la televisión o mirar el celular”*; *“suelo*

*comer tan rápido que ni me doy cuenta de lo que mastico*". Por ello los psicoterapeutas a los fines de hacer foco sobre la técnica nombrada con anterioridad, intervienen con expresiones como: *"es importante no realizar ninguna otra actividad mientras se come, servirse en platos pequeños, no tener en casa alimentos que se salgan de la dieta y lleven al descontrol, enlentecer el acto de comer, no picar de otros platos, cuando terminan de comer, levantarse de la mesa, no caer en ayunos prolongados que luego encaucen una sobreingesta así como también evitar situaciones sociales que lleven a comer en exceso"*

En relación a este último aspecto, en las observaciones de los grupos una paciente expresó que tiene un grupo de amigas con las que siempre se juntó a comer, y que cada vez que se veían en un café por lo general consumía alimentos con los que se quedaba pegada. Ante esta situación la psicoterapeuta expresó: *"si con esas amigas solo te juntabas a comer, necesitas pensar otros lugares donde juntarte y donde la comida no sea el centro o, inclusive, hablar con ellas acerca de la dieta que estás haciendo o decirle que tienes un problema de salud y que por esto no puedes consumir los mismos alimentos que consumías antes"*. En ese sentido la psicoterapeuta busca que la paciente genere un control del ambiente generador de situaciones de sobreingesta. También frente a este tipo de situaciones los psicoterapeutas que coordinan a los grupos, entrenan a los pacientes en el desarrollo de habilidades sociales, las cuales tienen como objetivo entrenar a los pacientes en habilidades asertivas a través de técnicas como el modelado (Casado, et al. 1997). En la última intervención mencionada se puede dar constancia de esto, ya que la psicoterapeuta busca que la paciente adquiera conductas nuevas, mostrándole otras formas de proceder ante tales situaciones.

Por otra parte, en las intervenciones en el tratamiento de la obesidad un aspecto fundamental es el emocional. Las personas con obesidad usualmente tienen conductas de sobreingesta luego de haber experimentado emociones negativas (Telch & Agras, 1996). Este aspecto se vio muy reflejado en las observaciones realizadas, en las cuales los pacientes expresaban situaciones como: *"ayer tuve una discusión con mi hija, me enojé, y se me mezcló la bronca con las ganas de comer. Al llegar a casa me comí todas las tostadas que había en la mesada, me sentí devastada"*. Otra situación es la de un paciente cuya madre se encontraba muy grave de salud y él estaba encargado de cuidarla y acompañarla. Comentó que esta situación lo estaba llevando a comer todo lo que sabía no podía comer, sentía que la situación lo desbordada. En este sentido, la

psicoterapeuta intervino expresando que no había que comerse lo que le pasa, que la base del tratamiento es no afrontar las situaciones de la vida con comida, sino buscar otras estrategias aparte de comer. En relación a esto, en una entrevista realizada a la psicoterapeuta D, la misma exponía que era importante incentivar a los pacientes a identificar las emociones y como éstas disparaban pensamientos que luego los llevaban al exceso, al desborde, éstas muchas veces son la frustración, la soledad, el aburrimiento, enojos, tristezas, inclusive también la alegría. Barragá et al. (2015) concuerdan con este aspecto ya que la comida en la obesidad está vinculada con un gran número de refuerzos positivos que satisfacen las necesidades o placeres a corto plazo.

En las observaciones esto se pudo identificar en la expresión de una paciente que comentaba que cuando llegaba a casa después de un buen día de trabajo se premiaba con una pizza ya que se lo merecía por lo bien que le estaba yendo en el trabajo. La psicoterapeuta en relación a esto respondió que *“lo que se busca es que se premien con cumplir de forma impecable la dieta, hay que dejar de relacionar todo lo que pasa con la comida”*.

Esta intervención realizada por la terapeuta concuerda con lo expuesto por López y Godoy (1994), ya que busca identificar los pensamientos que llevan a un consumo inadecuado de comida, o a un mal funcionamiento del programa de tratamiento, sustituyéndolos por pensamientos más funcionales. Este tipo de intervenciones en TCC se conocen como reestructuración cognitiva (RC; Clark, 2014). En una entrevista realizada a la psicoterapeuta B, esta constata que es importante *“confrontar las creencias, pensamientos del paciente como, por ejemplo, ‘la creencia de no puedo controlarme con tal alimento, por un día que me salga de la dieta no pasa nada’”*. En las observaciones realizadas de los grupos, una paciente verbalizó: *“hay veces que siento no voy a poder seguir impecable con la dieta, la gorda todo el tiempo está pendiente de comer, y cuando me salgo una vez de la dieta, ya solo pienso que para qué voy a seguir, así que vuelvo a comer”*. En relación a esto la terapeuta contestó: *“hay que generar otros comportamientos, aparte de comer, eso fue justamente lo que los engordó, hay que desactivar los mismos hábitos de siempre, cuando piensas que no vas a poder con la dieta, el acto seguido es que dejes de seguir con la dieta. Cuando te salgas, volvés al corte, la medida y la distancia”*.

A su vez, en el tratamiento de descenso los terapeutas suelen hacer énfasis en una distorsión cognitiva (Raich 2011) muy frecuente en todos los pacientes que es el querer estar flaco pero comer en exceso; los terapeutas hacen referencia a que la obesidad es la

enfermedad de la incoherencia. Por ello las intervenciones van encaminadas a la toma de conciencia de éstas creencias para posibilitar entonces el cambio de las mismas. También en el tratamiento de la obesidad se busca que los pacientes pasen de una atribución externa a una atribución interna (Ravenna 2006). En este sentido en una entrevista realizada a la psicoterapeuta C, ésta expresó: *“hay que sacarlos del lugar en el cual la comida tiene el poder sobre ellos. Cuando ellos pueden cortar ese circuito pulsional, y pueden decidir comer con una medida y sostener una medida, ahí es cuando se empiezan a hacer responsables y dejan de quedar a merced del comer exagerado”*.

En las observaciones realizadas, se pudo constatar el papel fundamental que tiene la psicoeducación como intervención y como herramienta que fomenta la asunción de responsabilidad a través del desarrollo de conocimientos y destrezas (García et al., 2011). El psicoterapeuta A en una entrevista realizada enunció que a través de la psicoeducación se busca adelantarse a aquellas situaciones que suelen aparecer en el tratamiento de la obesidad como, por ejemplo, los tiempos en los cuales se produce una meseta donde el descenso de peso no es igual al primer o segundo mes de descenso, así como también los momentos en los cuales los pacientes suelen sentirse más frustrados por la dieta, y el conocimiento sobre qué alimentos, por lo general, dejan “pegados” a los pacientes. Esto último se pudo constatar en unas de las observaciones donde una paciente expresó: *“Yo suelo ser bastante excesiva con mi trabajo, a veces llego a casa y sigo trabajando. Así, mucho tiempo para cocinar no tengo. Siempre me fue más fácil comer galletitas, dulces más que todo, y ahora con la dieta se me hace cuesta arriba”*. El terapeuta intervino: *“En la obesidad este es el problema, los dulces. En el descenso de peso, al tener que hacer un cambio tan drástico en los hábitos de alimentación, suelen caer en el tratamiento ahí, en los mismos lugares que los llevaron a engordar (dulces, galletitas, tostadas...) ¿por qué no pruebas comprar las viandas a ver cómo te va?”*.

Siguiendo con la psicoeducación, el terapeuta B en una entrevista realizada hizo referencia a que con este método se trabaja sobre las causas y consecuencias tanto psicológicas como sociales. En un grupo se observó esto: una paciente sentía que una de las cosas que más le costaba era la cuestión de la alimentación en la familia, donde siempre en su casa había sido motivo de encuentro muy importante. La psicoterapeuta al

escuchar esto que la paciente expresaba explicó: *“en el tratamiento muchos se dan cuenta que habían empezado a engordar también por la influencia de ambientes que son caldo de cultivo para la obesidad, y más para aquellas personas que tienen una predisposición. Es necesario encontrar otras conexiones con el otro, que el motivo no sea solo la comida; además es importante respetar y hacer respetar el tratamiento y esto es a través de los límites”*. En ésta intervención se ve claramente el trabajo sobre una de las causas de la obesidad nombrada por Bell y Rolls (2003) donde es en el entorno del individuo donde se toman decisiones relacionadas con la selección y el consumo de alimentos desarrollando creencias y actitudes respecto de la comida. En el caso de la paciente mencionada, se puede constatar como en su entorno, la comida tenía un aspecto central para el encuentro.

Como se ha expresado en este primer objetivo, a los fines de incentivar o propiciar cambios en la conducta alimentaria, los psicoterapeutas se valen de diversas intervenciones desde la TCC tales como el autorregistro, autocontrol, psicoeducación y reestructuración cognitivas, las cuales permiten, tal y como lo expresó el terapeuta B en una entrevista realizada, *“que la comida sea un aspecto más en su vida, que les sirve para alimentarse, pero no para hacerse daño a sí mismos”*.

### **5.3. Intervenciones que realizan los terapeutas para el desarrollo de estrategias ante situaciones estresantes que se suscitan durante el tratamiento**

En el siguiente objetivo se buscará analizar las intervenciones propuestas por los terapeutas en los grupos con la finalidad de que los participantes de los mismos desarrollen estrategias frente a las situaciones estresantes que se presentan durante el tratamiento.

Dentro de las situaciones estresantes, Verheijden et al. (2005) expresan que el entorno social somete a los pacientes a mucho estrés, sabotando o socavando los intentos de pérdida y mantenimiento de peso. Esto se pudo constatar en una de las observaciones donde una paciente expresó que la semana pasada había sido la festividad del Rosh Hashanah, con lo cual se había salido totalmente de la dieta, y además contaba que ahora, con el tratamiento, le costaba controlarse en éstas festividades donde la comida tiene un rol central y ella por su tradición solía ser quien cocinaba. Dada ésta situación la psicoterapeuta intervino expresándole: *“Las festividades constituyen una situación estresante ya que están expuestos a la comida y*

*muchas veces se la llevan puesta. Por eso es necesario estar impecables con la dieta antes de ir a esos eventos y prever y organizarse. En este caso podrías llevarte las viandas, comer antes de salir, al llegar ahí consumir solo coca light y agua. Hay que correr el foco de que se va ahí a comer*". La paciente ante esto, expresó que podía dedicarse un poco más al rezo en esas festividades, centrarse en lo importante también de esos eventos. Esta intervención da cuenta de uno de las cuestiones que se busca entrenar en los pacientes en la resolución de problemas, que es el poder buscar otras alternativas de respuesta para enfrentar una situación problemática y conseguir la interrupción de cadenas conductuales que favorecen la sobreingesta (D’Zurilla & Goldfield, 1971). En este caso, la psicoterapeuta interviene sobre la *baja conciencia* que suelen tener las personas con obesidad, la cual se puede ver en el relato de la paciente cuando hacía referencia a que le costaba controlarse. El autocontrol no sólo se vincula con los impulsos sino también con la capacidad de poder planificar, organizarse y ejecutar una tarea (Suti et al. 2011).

A su vez, en una de las entrevistas al psicoterapeuta C, éste hizo referencia a los avatares de la vida o sucesos vitales, los cuales de acuerdo con Bonifacio (2003) requieren grandes reajustes en un corto período de tiempo. El psicoterapeuta mencionó eventos tales como duelos, divorcios, muerte de un familiar, los cuales sumados a un proceso de tratamiento suelen llevar elevados niveles de estrés, acompañados algunos de ansiedad o depresión. De esto se pudo dar cuenta en una de las observaciones cuando una de las pacientes comenta que se había separado de su pareja y, con todo el proceso de divorcio, sentía que ya no iba a poder con el tratamiento, que nunca había estado para sí misma, descuidándose. El tratamiento le estaba costando mucho. La psicoterapeuta encargada de coordinar el grupo, sostuvo: *“en este tratamiento es fundamental un cuidado sobre uno mismo, asumir la responsabilidad de nuestra salud y nuestro bienestar, de lo que te diste cuenta es muy importante, con venir acá en realidad te estás tomando en cuenta a vos, haciéndote cargo de vos*". Esta intervención ejemplifica uno de los objetivos planteados en la RC, donde se busca refutar las creencias, sustituyéndolas por otras más adaptativas (Clark, 2014). En este caso la paciente expresó que nunca estuvo para sí misma y la psicoterapeuta le hace ver que concurriendo a los grupos terapéuticos ha estado para sí misma, asumiendo la responsabilidad.

La RC también se suele utilizar como intervención en las creencias que subyacen a las expectativas que los pacientes tienen en relación al descenso de peso. En relación a

esto en una entrevista realizada a la psicoterapeuta D, ésta hacía referencia a que durante el tratamiento se daban muchas situaciones en las cuales los pacientes tenían expectativas imposibles de realizar en los tiempos que ellos esperan; agrega que esto se debe a una dificultad en posponer la gratificación, a no tener tolerancia a la frustración, o enfocar los logros únicamente en el descenso de peso. Lo que sucede es que en muchas ocasiones en el tratamiento hay momentos en los que el peso se estanca, aunque los pacientes estén haciendo la dieta impecable, y generalmente esto activa creencias en relación al fracaso. Lo mencionado por la psicoterapeuta en la entrevista se ve muy vinculado con lo expuesto por Cooper y Fairburn (2001) donde expresan que los pacientes tienden a subestimar la importancia que tiene la pérdida peso si no cumple con la expectativa imposible de lograrla en un tiempo prudencial, así como también desvalorizan cualquier otro cambio positivo que ya haya ocurrido. En cambio suelen centrarse en el peso que aún debe perderse.

En relación a esto, durante una observación de una sesión grupal, un paciente expresó: *“Hace dos semanas que no bajo de peso. Estoy haciendo la dieta impecable, sin una arveja de más. No sé si es el gordo que no me quiere dejar bajar. La verdad que me dan ganas de dejar la dieta. Ayer ya comí algo que no debía”*. La psicoterapeuta intervino: *“Si haces la dieta impecable, de un momento a otro vas a empezar a bajar de peso. El problema es qué puedes hacer con la frustración que eso te genera, qué haces cuando quieres todo para ya, para ahora. Antes, cuando no estaban en tratamiento, ante la frustración se iban a comer. Ahora, te pregunto, ¿cómo vas a gestionar la demora en los tiempos de espera, en la satisfacción del impulso? Acá no se viene únicamente a bajar de peso”*. Esta intervención de la psicoterapeuta busca trabajar sobre las creencias en torno a la inmediatez, o en palabras de ella “La demora en la gratificación”, y a su vez sobre la búsqueda de otras vías de afrontamiento frente a una situación estresante como lo es el no bajar de peso en un momento del tratamiento. En el paciente se puede dar cuenta de un afrontamiento evitativo, donde utiliza el comer como forma de evitar-escapar de una situación que le causó estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

También, en una observación, se pudo constatar otra intervención basada en la RC. En una de las observaciones realizadas se pudo dar cuenta de una situación en la cual una paciente explicaba que ella trabajaba con el turismo brasilero llevándolo a restaurantes argentinos para probar las comidas típicas, como el asado y que, a su vez, trabajaba con los restaurantes haciéndoles publicidad a través de las redes sociales, con

lo cual tenía que tomar fotos de las comidas preparadas por ellos. Si bien esto -muchas veces esto no había sido un problema en el desborde porque ella lograba controlarse, hacía cuatro meses se había muerto su pareja con quien además trabajaba y ésta situación dolorosa la llevaba a episodios de sobreingesta en su trabajo con toda la comida que había cuando iba a sacar fotos en los restaurantes. Ante esta situación la psicoterapeuta encargada de coordinar el grupo le expresó que, ante sucesos vitales así de agudos, como la muerte de un ser querido, puede pasar que se activen con mayor fuerza patrones de respuesta como el comer emocional, en el cual se genera una supresión emocional y un distanciamiento de la situación (Garaulet et al., 2012). Además, le expresó que era necesario identificar las emociones que estaba sintiendo y comprender la función de esas emociones sobre todo en la situación de duelo que estaba atravesando, así como también veía conveniente no atravesar el duelo comiéndose lo que le pasa. En esta última intervención se puede dar cuenta de lo expresado por Segura et al. (2017) que sostienen que el entrenamiento en habilidades emocionales busca que los pacientes identifiquen emociones y comprendan la función de las mismas.

#### **5.4. Intervenciones que realizan los terapeutas para fomentar la adherencia al tratamiento de los pacientes.**

A los fines de responder al siguiente objetivo se indagarán sobre los aspectos que se vinculan con la adherencia al tratamiento y sobre cómo intervienen los psicoterapeutas para fomentar la misma.

Dentro de los aspectos que se vinculan con la adherencia al tratamiento se encuentra la comprensión de la obesidad como una enfermedad crónica (Brosens et al., 2015). Esto se pudo constatar en lo dicho por el psicoterapeuta C en una entrevista realizada, donde expresaba que uno de los aspectos sobre los cuales se interviene es *“sobre la comprensión y la aceptación de la obesidad como una enfermedad crónica, para esto se confronta todo el tiempo con las creencias del paciente en torno a la enfermedad, se trabaja sobre las incoherencias y se brinda información relacionada a la obesidad y en cómo operan los círculos viciosos que sostienen la enfermedad”*.

En una observación realizada, un paciente expresaba que a lo largo de su vida había empezado diversos tratamientos para la obesidad, donde había bajado los kilos del horror (este término se utiliza en la institución para hacer referencia a los primeros kilos que se ven más reflejado en lo corporal, por ejemplo en el talle de ropa), pero que luego,

por lo general, abandonaba el tratamiento y volvía a subir de peso inclusive con más kilos que los que había bajado la última vez. La psicoterapeuta encargada de coordinar el grupo intervino: *“esto que dices es una de las piedras con las que se han encontrado muchos pacientes en el tratamiento: empiezan bajando esos kilos del horror y una vez que se bajan se olvidan de que esta enfermedad requiere de un cuidado para toda la vida. No es un bajar y luego volver a la misma vida que se llevaba antes, sino que tiene que ver con un seguir sosteniendo los mismos hábitos aprendidos en el tratamiento. Para eso está la etapa de mantenimiento”*.

En esta intervención mencionada con anterioridad, se puede dar cuenta del trabajo de la psicoterapeuta sobre las falsas expectativas, creencias que terminan por dificultar la adherencia al tratamiento, en sintonía con lo expuesto por Brosens et al. (2015). También a los fines de intervenir sobre las falsas expectativas, de acuerdo con una entrevista realizada a la psicoterapeuta D, ésta expresaba que *“se busca redefinir todo el tiempo las metas, buscando que éstas sean realistas, además se busca que se alcancen objetivos pequeños por semana, hasta lograr los objetivos finales”*. Esto último se condice con lo expresado por Casado et al. (1997) donde expresan que es importante que el paciente establezca una meta final realista y adecuada a sus características. Esto ayuda a mantener la motivación y la adherencia al tratamiento marcando submetas y objetivos parciales hasta la consecución del objetivo final.

A su vez, debido a la naturaleza crónica de la obesidad, es de suma importancia hacer un seguimiento continuo y un control estricto del proceso (Bautista et al., 2004). Esto se puede reflejar en la mayoría de los grupos terapéuticos, donde los psicoterapeutas intervienen todos los días haciendo un seguimiento y un control de cada uno de los pacientes: les preguntan cuánto están pesando, cómo vienen con la dieta, qué dificultades han tenido para cumplirlas. Esta comunicación con los pacientes, a su vez es clave para fomentar la adherencia ya que de acuerdo con Ortiz y Ortiz (2007) -una relación de colaboración entre el paciente y el equipo terapéutico tratante, puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, además de mejorar la participación del paciente en su cuidado. Ésta relación de colaboración no solo incluye a los psicoterapeutas, sino que, a su vez, se extiende a otros profesionales que trabajan de forma interdisciplinaria en la institución como médicos, nutricionistas y el director del centro, todo el equipo se encuentra en constante comunicación con los pacientes.

Otro aspecto de suma importancia en la adherencia al tratamiento es la motivación. Durante una entrevista realizada al psicoterapeuta C, éste expresaba lo siguiente: *“Durante el segundo mes los pacientes tienden a abandonar, por varias razones. Una tiene que ver con momentos del tratamiento: por el ejemplo, con el peso histórico. Este es un peso el cual ha tenido anteriormente el paciente y le cuesta bajar de ahí. La otra razón tiene que ver con el peso cómodo, es decir uno que no le molesta al paciente, ya que se ha quitado aquellos kilos que le causaban mayor dificultad. Estas cuestiones afectan la motivación en el paciente, con lo cual la idea es intervenir dependiendo de en qué momento esté el paciente”*. A los fines de intervenir sobre la motivación durante las observaciones se pudo constatar la implementación de sesiones psicoeducativas, donde brindan información justamente de lo expresado anteriormente, el peso histórico y el cómodo, de modo que los pacientes sean conscientes de estos momentos que se suscitan en el tratamiento. Esto último descrito se relaciona con el modelo transteórico (Ruggiero & Prochaska, 1993) donde las personas cuando inician un tratamiento se encuentran en diferentes etapas de preparación motivacional para adquirir comportamientos saludables y los enfoques de intervención son más útiles cuando se corresponden con la etapa actual de cambio de una persona.

Por otra parte, en las observaciones de los grupos psicoterapéuticos, una de las pacientes expresaba: *“Me siento estancada, los últimos dos fines de semana me salí de la dieta, con pavadas, comiendo cosas que sé que no debo, este fin de semana fue la fiesta de cumpleaños de mi hijo y yo cociné, así que terminé picando de todo lo que había”*. Ante esta situación la psicoterapeuta intervino: *“los fines de semana la gorda está con hambre, y mientras más le den de comer, ella más se acostumbra a permanecer. Parece una pavada comer solo un pequeñita tostada, o lo que sea, pero eso tiene mayor trascendencia. ¿Estarías dispuesta a comprometerte por este fin de semana que viene con el grupo y conmigo sin comer ni una arveja de más?”*. Este tipo de intervenciones de acuerdo -una entrevista realizada a la psicoterapeuta B, fomenta la adherencia al tratamiento, así como también la asunción de responsabilidad. Esto se corresponde con lo expuesto por Coutinho (1999) donde el contrato comportamental realizado por la psicoterapeuta y la paciente promueve una implicación de responsabilidad y compromiso consigo mismo y con la terapia.

## 6. CONCLUSIONES

## 6.1. Síntesis

En los objetivos propuestos se hizo énfasis en las intervenciones realizadas por los terapeutas a los fines de lograr cambios en la conducta alimentaria, desarrollo de habilidades frente a situaciones estresantes y, por último, para fomentar la adherencia al tratamiento. Para ello, los psicoterapeutas se valen de las intervenciones propuestas por el Modelo Cognitivo Conductual, el cual tiene como supuesto teórico fundamental que en la medida en que se puedan modificar el contenido de las estructuras cognitivas de un sujeto se puede influir en su conducta y sus afectos (Beck et al.,2010).

En el tratamiento de la obesidad, tal y como se pudo constatar de acuerdo con lo observado en los grupos psicoterapéuticos y con las entrevistas realizadas, los terapeutas buscan principalmente generar conductas funcionales, identificar y modificar esquemas básicos desadaptativos con la finalidad de adquirir una ingesta saludable (Leija-Alva- et al., 2011) y para ello se valen de diversas intervenciones tales como el autorregistro, para adquirir conciencia sobre los alimentos que se suelen consumir y las situaciones en las cuales se hacen, en conjunto con el autocontrol. De esto se pudo dar cuenta en el desarrollo del primer objetivo, donde los terapeutas para lograr cambios en la conducta alimentaria buscan que, en principio, identifiquen qué alimentos suelen consumir que los llevan a romper con la dieta y, además, buscan que los pacientes logren un autocontrol tanto del tipo de alimentos, así como de las situaciones que desencadenan un comer “*desbordado*”. A su vez, los psicoterapeutas intervienen a través de la psicoeducación con el objetivo de desarrollar conocimientos en torno al tratamiento, donde, por ejemplo, brindan información acerca de las situaciones que suelen aparecer en el tratamiento como los momentos en los cuales hay una disminución en la motivación para el cambio o donde se produce una meseta donde el descenso de peso no es igual al primer mes de tratamiento. A su vez, también entrenan a los pacientes en el desarrollo de habilidades sociales, las cuales están enfocadas en desarrollar capacidad para expresar afecto, establecer límites, aceptar y afrontar las críticas, así como también desarrollar recursos de afrontamiento ante eventos estresantes, que le producen al paciente ansiedad y tristeza (Coutinho, 1999).

En relación al segundo objetivo, en el cual se propuso analizar las intervenciones frente a las situaciones estresantes que se suscitan durante el tratamiento, se pudo evidenciar que el estrés suele desarrollarse en diversas situaciones tales como sucesos

vitales, insatisfacción con los resultados, así como también ante las expectativas irreales que suelen tener los pacientes frente al descenso de peso. Para ello los psicoterapeutas intervienen a través del entrenamiento en resolución de problemas y el trabajo sobre las creencias refutando los esquemas desadaptativos.

En el último objetivo se buscó indagar sobre las intervenciones para fomentar la adherencia al tratamiento. En este sentido, tal como se constató anteriormente, los psicoterapeutas se enfocan en el trabajo sobre la conciencia de enfermedad, la cual, tal y como lo indicó la psicoterapeuta A en una entrevista realizada, permite *“la asunción de responsabilidad sobre la propia salud y, por ende, después, del tratamiento”*. También, otra cuestión que se pudo constatar como importante en la adherencia al tratamiento es la comunicación entre los pacientes y el equipo terapéutico, cuestión que permite según Ortiz y Ortiz (2007) contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. A su vez, a través de las observaciones se pudo dar cuenta de que una buena comunicación también resulta de gran ayuda para que los pacientes puedan cumplir con la dieta y sentirse apoyados y motivados.

## **6.2. Limitaciones**

En relación a las limitaciones durante este trabajo, se puede nombrar el no haber estado en todas las etapas del proceso de los pacientes que ingresaban a la institución, lo cual iba a resultar de gran valor a los fines de poder tener una historicidad que permita conocer los avances terapéuticos que tuvieron los pacientes a lo largo del tratamiento. Otro aspecto a tomar en cuenta al hablar de las limitaciones fue el no haber podido contar y/o acceder a las historias clínicas, cuyo acceso hubiese favorecido la comprensión más profunda de las dificultades que la obesidad le generaba a los pacientes en el inicio del tratamiento y, por lo tanto, poder establecer cuáles son las habilidades que ese paciente necesitaría desarrollar.

A su vez, otra cuestión relevante es el tamaño de los grupos psicoterapéuticos en los cuales se participó para realizar este trabajo. La cantidad de pacientes era bastante numerosa y esto, de alguna forma, dificultaba la recaudación de información más específica de cada uno de los participantes, ya que las intervenciones, por tener una mirada más general buscando abarcar a la gran mayoría de los pacientes, perdía un poco la especificidad para abordar a un caso particular.

Por otro lado, hubiese sido un gran aporte a este trabajo la posibilidad de asistir a las reuniones del equipo interdisciplinario enriqueciendo de esa manera la mirada integral del proceso terapéutico.

### **6.3. Perspectiva crítica y aporte personal**

El tratamiento propuesto por la institución es de carácter interdisciplinario, lo cual implica un equipo conformado por médicos, nutricionistas, psiquiatras y psicólogos. A su vez, la institución posee un bar cuya propuesta alimenticia es la misma que la delimitada por los nutricionistas para el tratamiento de la obesidad y, además, cuenta con un gimnasio. La forma en la que está configurado el tratamiento en la institución tiene grandes aspectos positivos, ya que acompaña de forma integral a cada paciente y, a su vez, fomenta una buena adherencia al tratamiento. Sin embargo, el que todo el tratamiento se provea únicamente desde la institución, puede ser contraproducente, ya que se genera gran dependencia hacia el centro terapéutico. De esto se pudo dar cuenta en varias observaciones donde muchos pacientes expresaban que creían que tenían que ir de por vida o que tenían la necesidad de mantenerse comunicados siempre con el mismo. La obesidad, por su carácter crónico, puede necesitar una atención permanente; sin embargo, también es importante fomentar la autonomía frente a su problemática.

Por otro lado, luego de las observaciones realizadas, se pudo ver que los psicoterapeutas intervienen mucho sobre todos los aspectos de la enfermedad, lo cual es necesario a los fines de fomentar a la adherencia, y la asunción de responsabilidad. Sin embargo, un excesivo foco sobre los aspectos patológicos de la enfermedad, deja también de lado un enfoque fundamentado en la salud. En una de las observaciones un paciente expresaba que se sentía diferente por estar realizando la dieta y el terapeuta le respondió "*Sos diferente, sos gordo*". Si bien esta intervención busca una conciencia de la enfermedad, podría también terminar por lograr que el paciente se identifique únicamente con la obesidad y no con otros aspectos que también forma parte de su dimensión subjetiva, de lo que piensa acerca de sí mismo. Con lo cual se podría apelar a los aspectos positivos del psiquismo humano.

Como aporte personal la pasante considera sería importante trabajar con el entorno del paciente, ya que como sostienen Bell y Rolls (2003) en el entorno del individuo se toman decisiones relacionadas con la selección y el consumo de alimentos. A los fines

de intervenir sobre esto, podría ser de gran beneficio realizar talleres psicoeducativos para las familias de los pacientes, con el objetivo de brindar información acerca de la obesidad, la alimentación y cambios en los estilos de vida.

También podría ser beneficioso talleres de cocina donde los pacientes aprendan a cocinar de forma saludable, a vincularse con la alimentación desde otro lugar y generar una autonomía, un control y una seguridad en torno a la capacidad para alimentarse de forma adecuada y saludable.

### **6.3 Futuras líneas de investigación**

En relación a futuras líneas de investigación sería enriquecedor realizar estudios longitudinales acerca del proceso terapéutico con el objetivo de dilucidar la eficacia de las intervenciones psicológicas desde el enfoque cognitivo conductual. Por otra parte, hoy en día las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han adquirido una gran relevancia, especialmente el uso de aplicaciones móviles para el cuidado de la salud. Con lo cual, se podría investigar en profundidad el uso de las mismas en el tratamiento de la obesidad como método alternativo y complementario a los tratamientos tradicionales. La utilización de las aplicaciones móviles podría brindar beneficios tales como disminuir el tiempo entre visitas, mejorar la adherencia, así como también reducir costes económicos. Además, el uso de las TICs tiene una característica muy positiva que es la interactividad, atributo de gran relevancia para la promoción de la salud.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- Acosta, M. & Díaz, G. (2001). Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. *Revista Cubana Investigación Biomédica*, 20(4), 287-295.
- Aguilera-Sosa, V., Leija-Alva, G., Lara-Padilla, E., & Rodríguez-Choreño, J., Trejo-Martínez, J, & López-de la Rosa, M (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
- Aguilera Sosa, V., Leija Alva, G., Rodríguez Choreño, J., Contreras, H., Trejo Martínez, I & López de la Rosa, M. (2009). Evaluación de cambios en esquemas tempranos desadaptativos y en la antropometría en mujeres obesidad con un tratamiento cognitivo conductual grupal. *Revista Colombiana de Psicología*, 18(2), 157-166
- Anderson, R (2000). The diabetes empowerment scale: A measure of psychosocial self efficacy. *Diabetes Care*, 11, 519-26
- Baile, J., González-Calderón, M., Palomo R y Rabito-Alcón, M (2020) La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Revista de diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud*, 1(11), 56-64.
- Bandura (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bautista-Castaño, I., Molina-Cabrillana, J., Montoya-Alonso, J. A. & Serra-Majem, L. (2004). Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of Spanish subjects. *International Journal of Obesity*, 28, 697–705
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Beck, J (1995). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España. Editorial Gedisa.
- Bell, E. A. y Rolls, B. J. (2003). Regulación de la ingesta de energía: Factores que contribuyen a la obesidad. *Ediciones Conocimientos actuales sobre nutrición*. 15, 34-43.
- Bensabat, S. (1987). *Stress. Grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero
- Biglieri, R & Vetere, G (2011) *Manual de terapia cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
- Bonifacio, S (2003) El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.

- Braguinsky, J. (2002). Prevalencia de obesidad en América Latina. *An. Sist. Sanit. Nav.* 25, 15-109.
- 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, 10.
- Bulacio, J. (2011). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. Buenos Aires: Akadia
- Calvo, S., Escudero, E., Gómez, C. & Riobó, B. (2012). Patologías Nutricionales en el siglo XXI: Un Problema de Salud Pública. Madrid: UNED.
- Candelaria, M., García, I. y Estrada, B. D. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: Intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 32-39.
- Carrasco, F., Galgani, J. (2012). Etiopatogenia de la obesidad. *Revista médica clínica Las Condes*, 23(2)129-135
- 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*. 79 párrafos.
- Clark, David (2013). *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*, First Edition. doi:10.1002/9781118528563.wcbcbt02
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 499–511.
- Cormillot, A. (2008). *Cómo adelgazar y mantenerse con el Dr. Cormillot*. Buenos Aires: Paidós
- Cormillot, A. (2015). Recuperado el 05 de Enero de 2020, de [www.cormillot.com/diccionario/obesidad](http://www.cormillot.com/diccionario/obesidad).
- Correia, F, Pinhao, S, Poinhos, R, Mendez de Oliveira, M, Vaz De Almeida, M, Medina, J and Galvao, A (2009). *Obstacles in dietary treatment of obesity*. *Obesity and Metabolism*, 5 (3), 107-113
- Coutinho, W.(1999). Consenso latino-americano de obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia&Metabologia*, 43(1), 21-67.
- Cowart, L., Biro, D., Wasserman, T., Stein, R., Reider, L. y Brown, B. (2010). Designing and pilot-testing a church-based community program to reduce obesity among African Americans. *ABNF Journal*, 21(3), 4-10.
- Díaz, M. (2005). Presente y futuro del tratamiento farmacológico de la obesidad. *Revista argentina de cardiología*, 73(2), 58-73.

- Doval, Hernán C. La epidemia de obesidad: ¿resolución individual o social? *Revista Argentina de Cardiología*, 74(4) 341-348.
- Drewnowski, A. (1997) Taste Preferences and Food Intake. *Annual Review of Nutrition*, 17, 237-253.
- D'Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Elfhag, K., & Rossnery, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67–85. doi:10.1111/j.1467-789x.2005.00170.x
- Faith, A & Geliebter, D. (1997). *Emotional eating and obesity: theoretical considerations and practical recommendations*. In: Dalton's, Editor. Obesity and weight control: the health professional's guide to understanding and treatment. Gaithersburg (pp. 439-465) MD: Aspen.
- Ferrer, V.A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1): 35-61
- Garaulet1, M, Canteras, M , Morales, E , López-Guimera, G, Sánchez-Carracedo, D y M, Corbalán-Tutau (2012) Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2):645-65
- García,E. (2004)¿Qué es la obesidad? *Revista de endocrinología y Nutrición*.12 (4), S88-S90
- García, R, Suárez,R , Agramonte, A,Mendoza, M (2011) El proceso educativo en la etapa prediabética. *Revista cubana endocrinología*. 22(1)
- García-Cedill, I, Cruz, Y., Martínez, A., Sánchez-Armás, O. (2017). Promoción de la adherencia terapéutica de mujeres con obesidad mediante psicoeducación. *Psychologia*, 11(1), 13-23
- Goldfield, G. S., Moore, C., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N. y Flament, M. F. (2010). Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents. *Journal of School Health*, 80(4), 186-192.
- Grossi E, Dalle , R, Mannucci , E, Molinari , E, Compare , A, Cuzzolaro, M y Marchesini,G (2006) Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a .structured telephone interview. *Int J Obes*, 30(2): 1132-7
- Jeffery, R, Wing, R y Stunkard, A (1978). Behavioral treatment of obesity: The state of the art 1976. *Behavior Therapy*.9(2), 189-199.

- Jiménez E. (2011) Genes y obesidad: una relación de causa-consecuencia. *Endocrinología y Nutrición*. 58(9), 492–6.
- Korman, Guido Pablo (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina. *Revista Interamericana de psicología*. 45(2), 115-122.
- Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Lazarus RS. (1986) Coping Strategies. En: McHugh S, Vallis TM (eds.). *Illness behavior. A multidisciplinary model* (pp.303-308).New York: Plenum Press,
- Libertad, M y Abalo , J (2004).La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*. 14(1) 89-99.
- Lopera, D., Restrepo, M.(2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*.6 (1), 91-112
- López-Villalta Lozano, M y González, A. (2010) Actualización en obesidad. *Cuadernos de atención primaria*. 17, 101-107.
- Maciá-Antón, D y Méndez, F. Líneas actuales de investigación n en psicología de la salud. En M.A Simón (Ed). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*.(pp 217-256). Madrid: Biblioteca nueva
- Macías, A (2007) El campo de estudio del estrés: del programa de investigación estímulo – respuesta al programa de investigación persona-entorno. *Revista Internacional de Psicología*. 8(2) 25-85.
- Marteau T.M. (1989). Health beliefs and attributions. In: Broome A.K. (eds) *Health Psychology*. Springer, Boston, MA.
- Martínez, C, Garcia, I y Estrada, B (2016) Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista mexicana de trastornos alimenticios*. 7(19) 32-39.
- Mauro, M; Taylor, V, Wharton, S and Sharma, A. (2008). Barriers to obesity treatment
- Medina, F, Aguilar, A; Solé-Sedeño,J (2014) Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición clínica, dietética hospitalaria*. 34(1), 67-71
- Meza, C., Moral de la Rubia, J. (2011) Obesidad, una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 37.
- Morales, R & Hernández, 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

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2016 | FAO | [Internet]. 2016[Citado 15 de enero 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/panorama/2016/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Obesidad y Sobrepeso. Recuperado el 19 Noviembre de 2019, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ortiz P, M., & Ortiz P, 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
- Pickering, R, Grant, B, Chou S, Compton, W (2007) .Are overweight, obesity, and extreme obesity associated with psychopathology? Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 68(7),998-1009.
- Raich, R. M. (2001). *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Editorial Pirámide
- Ravenna, M (2006). *La telaraña adictiva*. Buenos Aires: Editorial B.
- Reséndiz Barragán, A. M., Hernández Altamirano, S. V., Sierra Murguía, M. A y Torres Tamayo, M. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 672-681. doi:10.3305/nh.2015.31.2.7692
- Reyes, L, Betancour, J y Samaniego, A (2015) Ansiedad y depresión en personas con obesidad de Paraguay. *Salud & Sociedad*. 6(1), 38-48.
- Rivera, D. J., Hernández, A. M., Aguilar, S. Valdillo, O. F. & Murayama, R. C. (2012). Obesidad en México. México D.F.: Dirección general de Publicaciones y Fomento
- Rivero, Z (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento psicológico*,9(17).
- Rubio M., Martínez C., Vidal O., Larrad A., Salas-Salvadó J., Pujol J., Díez, I., Moreno, B. (2004). Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Revista Especial Obstetricia*. 4, 223.
- Ruggiero, L y Prochaska, J (1993). Readiness for change: applications of the transtheoretical model. *Diabetes Spectrum*. 6, 22-60
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., Moreno, B., & de la SEEDO, G. C. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina clínica*, 128(5), 184-196.

- Scull,L (2003) Obesidad: Fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Revista cubana endocrinología*. 14(2) 156-295
- Segura, M, Oltra-Cucarella, J, Blasco, L, Ciscar, S, Portillo, M, Malea, A, Espert, R, Conxa Perpiñá (2017) Entrenamiento en remediación cognitiva y habilidades emocionales en formato grupal para pacientes con obesidad. Un estudio piloto. 22 (2). Doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.19115
- Selye, H. (1946). The General Adaptation Syndrome and the Disease of adaptation. *Journal Clinical Endocrinol*, 6, 117-230.
- Sierra – Murguía, M., Vite-Sierra, A y 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.
- Sutin, A, Ferrucci, L, Zonderman, A and Terracciano, A (2011) Personality and Obesity Across the Adult Life *Journal of Personality and Social Psychology*, 101 (3), 579–592.
- Telch, C y Agras, W (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese? *International. Journal of Eating Disorders*, 20, 271–279.
- Torresani M, Maffei L, Squillace C, Belén L y Alorda B (2011) Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *Dieta*. 29(137), 31-38.
- Velásquez, V y Alvarenga, J, C (2001) Psicología y obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 9 (2) 91-96.
- Verheijden M, Bakx JC, van Weel C, Koelen M y van Staveren W (2005). Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *Eur J Clin Nutr*. 59, 179–86.
- Zukerfeld, R. (2005). *Calidad de vida y vulnerabilidad en obesidad y patología cardiovascular*. En R. D’Alvia (Ed.), *Calidad de Vida. La relación bio-psico-social del sujeto* (pp.61-72). Buenos Aires: Lugar

