



**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**  
**Licenciatura en Psicología**

**Trabajo Final Integrador (TFI)**

Un enfoque grupal y cognitivo-conductual para pacientes con obesidad

Alumna: Nuridin, Nadia

Tutor: Dr. Zaidenberg, Ricardo

Fecha de entrega: 12/12/2019

## ÍNDICE

<b>1. Introducción</b> .....	2
<b>2. Objetivos</b> .....	3
<b>3. Marco Teórico</b> .....	3
<b>3.1. Obesidad</b> .....	3
<b>3.2. Terapia Cognitivo Conductual</b> .....	7
<b>3.3. Tratamiento de la obesidad</b> .....	10
<b>3.4. Perspectiva cognitivo-conductual en la obesidad</b> .....	12
<b>3.5. Grupos de mantenimiento de peso para pacientes con obesidad</b> .....	16
<b>4. Metodología</b> .....	23
<b>4.1. Tipo de Estudio</b> .....	23
<b>4.2. Participantes</b> .....	23
<b>4.3. Instrumentos</b> .....	23
<b>4.4. Procedimientos</b> .....	24
<b>5. Desarrollo</b> .....	24
<b>5.1. Rol del coordinador en los grupos de mantenimiento de peso</b> .....	24
<b>5.2. Intervenciones cognitivo-conductuales</b> .....	26
<b>5.3. La utilidad del grupo de mantenimiento para los pacientes con obesidad</b> .....	28
<b>6. Conclusiones</b> .....	32
<b>7. Referencias Bibliográficas</b> .....	36

## **1. Introducción**

El presente Trabajo Final de Integración aborda las intervenciones cognitivas-conductuales en grupos de mantenimiento de peso en pacientes con obesidad que asisten al centro terapéutico al que la autora de este trabajo ha concurrido en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional, correspondiente a la Licenciatura en Psicología.

El centro terapéutico en cuestión está ubicado en CABA. Se ocupa del tratamiento de sujetos que padecen obesidad y otros desórdenes alimentarios, abordando tanto el descenso como el mantenimiento de peso de los mismos. La institución utiliza un abordaje interdisciplinario (cognitivo-conductual desde lo psicológico), a fin de que los pacientes puedan bajar de peso, modificar sus conductas disfuncionales y crear un vínculo saludable con la comida. Para ello, brinda planes nutricionales personalizados, educación alimentaria, terapias individuales o grupales y actividad física adaptada para cada edad y nivel de sobrepeso. Los programas a seguir están basados en los conceptos de corte, medida y distancia con la comida, como también la detección de los vínculos adictivos con ciertos alimentos.

Este trabajo precisa el rol del coordinador y sus intervenciones desde el abordaje cognitivo-conductual, en los grupos de mantenimiento de peso para pacientes con obesidad, analizando la utilidad del grupo para los pacientes en tratamiento.

En base a esos objetivos, se realizaron 285 horas de práctica, que incluyeron instancias de observación no participante en terapia de grupos de mantenimiento de peso, observando y tomando notas de las terapias grupales, de manera semanal, durante lapsos de una hora y media cada encuentro. Asimismo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a las psicólogas de la institución con una duración de 15-20 minutos aproximadamente, y entrevistas semi-estructuradas a pacientes que participaban de los grupos de mantenimiento de peso en la institución, las cuales duraron alrededor de 15 minutos cada una.

La elección de esta institución se fundamentó en el interés que tanto la temática como el enfoque adoptado para su abordaje despertaban en la autora del presente trabajo.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Describir el rol del coordinador, las intervenciones cognitivas-conductuales en grupos de mantenimiento de peso y la utilidad de estos grupos en un centro terapéutico especializado en el tratamiento de la obesidad.

### **2.2. Objetivos Específicos**

**Objetivo Específico 1.** Describir el rol del coordinador en grupos de mantenimiento de peso en pacientes con obesidad en un centro terapéutico especializado en el tratamiento de la obesidad.

**Objetivo Específico 2.** Describir las intervenciones cognitivas-conductuales realizadas en los grupos de mantenimiento en pacientes con obesidad.

**Objetivo Específico 3.** Analizar la utilidad del grupo de mantenimiento para pacientes que asisten a un tratamiento por mantenimiento de peso.

## **3. Marco Teórico**

### **3.1. Obesidad**

En los últimos años, se ha visto la obesidad como un problema mundial de salud pública, estimando que 1,900 millones de adultos muestran sobrepeso y 600 millones, obesidad (OMS, 2017).

De acuerdo a un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2018, la obesidad es conceptualizada “como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (p. 1). A su vez, se señala que la medida más adecuada para conocer si un sujeto tiene obesidad es calcular su índice de masa corporal (IMC), el cual indica la relación entre el peso y la talla en adultos; éste se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>). Según el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre de los Estados Unidos (NHLBI, por sus siglas en inglés), el sobrepeso se define como un IMC de más de 25, considerándose obesa una persona con un IMC superior a 30.

Braguinsky (1997) señala que la obesidad es una enfermedad epidémica, metabólica, crónica, heterogénea y estigmatizada, que se caracteriza por el exceso de grasa corporal, condicionando la salud del individuo. Asimismo, Kaplan (2009) la considera como una enfermedad compleja, resultado de una combinación de susceptibilidad genética, mayor disponibilidad de alimentos con alto contenido calórico y la reducción de la actividad física.

Por su parte, Bersh (2006) y Lafuente (2011) sostienen que la obesidad es una enfermedad crónica. El primero de los autores considera que esta patología está asociada con alta morbilidad y mortalidad, y que se presenta a causa de un desequilibrio entre las calorías consumidas y las gastadas mediante la actividad física, afectando el ámbito psicosocial. A su vez, destaca la influencia de componentes psicológicos, conductuales y de estilo de vida, así como también el consumo de alcohol y de psicofármacos (Bersh, 2006), por lo que el cuadro exhibe características heterogéneas, de múltiples etiologías. Además, suele acompañarse de la presencia de otros trastornos –depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, de la personalidad, conductas autoagresivas y suicida- que afectan aún más la salud del individuo que la padece (Lafuente, 2011; López, Raimannt & Gaete, 2015). Entre los trastornos de alimentación que se asocian a la obesidad, se encuentran los no especificados, el trastorno por atracones, el síndrome del comedor nocturno y la bulimia nerviosa (Errandonea, 2012).

En cuanto a la morbilidad médica, López, Raimannt y Gaete (2015) señalan que la obesidad puede comprometer todos los órganos corporales; y afectar el crecimiento y desarrollo en niños y adolescentes. Las complicaciones suelen ser irreversibles -compromiso de la talla, disminución de la mineralización ósea y atrofia cerebral-, e incluso llevar a la muerte -como las arritmias cardíacas letales-. Algunos de los problemas antes mencionados, como así también la hipertensión, la hiperlipidemia, la tolerancia anormal a la glucosa, la hipertrofia del ventrículo izquierdo, entre otros, se pueden evitar con la reducción de los niveles de grasa. Esto ayudaría a disminuir problemas ortopédicos y endocrinos, así como a mejorar la autoimagen y el autoconcepto, contrarrestando los posibles problemas emocionales que el paciente puede llegar a tener (Mosqueda & Robles García, 2012).

Considerando las enfermedades asociadas que una persona con obesidad puede manifestar en su organismo, es de destacar la importancia de una prevención de dicha patología, como así también la prescripción de un tratamiento adecuado para quienes ya presentan la enfermedad (Farré Martí, 2004).

Asimismo, señala Bersh (2006) que factores conductuales, tales como la preferencia por las grasas, la elección del intervalo entre comidas, el grado de compensación calórica en respuesta a la restricción de alimentos y la inclinación por la actividad física tienen componentes genéticos. Coincidiendo con el autor, Ballabriga (2001) expresa que la obesidad es una condición desfavorable de la salud, que acostumbra a comenzar en la niñez y la adolescencia, en la que existe un intercambio entre lo genético y lo ambiental, teniendo mayor relevancia este último.

En cuanto a Ravenna (2004), éste explica que siendo la obesidad una enfermedad multicausal, no discrimina en lo que a género y etapas del ciclo vital se refiere; en este sentido, cualquier persona podría desarrollar esta enfermedad. Al investigar sus causas, Ravenna observa un complejo entrecruzamiento de factores bioquímicos, metabólicos, conductuales y genéticos que no se pueden desligar del entorno familiar, social y cultural.

De este modo, ya no se considera que la obesidad esté causada únicamente por malos hábitos alimentarios, sino que se tiene en cuenta la influencia de los factores biológicos en su origen y mantenimiento. Al respecto, se pronuncia la teoría del punto fijo (Williams, 2002), que asegura que el organismo dispone de un punto o nivel biológico ideal que actúa como regulador para mantener siempre el peso dentro de ciertos límites. El mismo está determinado por factores genéticos, prenatales y experiencias alimentarias tempranas. El organismo intentará siempre ajustarse a este punto fijo que, en ocasiones, puede corresponder a un peso por encima del que la persona quiere aceptar; en estos casos, se establece un conflicto interno entre los intentos de la persona por bajar de su punto fijo y la tendencia de su organismo de fijarse en dicho punto. Según Williams (2002), el cuerpo desplegará mecanismos metabólicos cuando el peso corporal se desvíe de dicho punto, intentando retomar aquel considerado como ideal.

En los últimos años, la obesidad comenzó a considerarse como una problemática de salud, estando en la agenda de los estados como un objeto de análisis desde una perspectiva de salud pública. En este escenario, en 2009, en Argentina, se sancionó la ley 26.396 de Prevención y Control de los Trastornos Alimentarios. Debido a las comorbilidades que esta enfermedad acarrea, como diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, trastornos digestivos, entre otras (Rodríguez Morán et al., 2014), a partir de la sanción de dicha ley, se consideró a la obesidad como una enfermedad, contemplando su tratamiento en

el sistema nacional de salud, incluyendo tratamientos nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos y farmacológicos.

Rodríguez Morán y colaboradores (2014) refieren que los cambios en el estilo de vida, que hoy se caracterizan por un mayor consumo de grasas y azúcares, sedentarismo, y los cambios en la dinámica familiar y laboral, condicionan el incremento general de la obesidad en la población. Respecto al estilo de vida sedentario, los niños y adolescentes suelen pasar muchas horas en el televisor y los videojuegos, en detrimento del deporte.

En este sentido, De la Vega Morales y Cruz Hernández (2018), agregan a los factores condicionantes de la obesidad, la disponibilidad de alimentos procesados y con adiciones de grasas, azúcar y sal; exposición de comida en la vía pública, publicidad y escasa disponibilidad para la preparación de alimentos saludables, entre otros. Barrera, Rodríguez y Molina (2013) también advierten que la venta de productos que prometen reducir el peso y la publicidad acerca de la figura corporal ideal, crean en los individuos insatisfacción y estrategias orientadas a metas irreales.

Teniendo en cuenta los factores psicológicos, la persona con obesidad suele tener un bajo control sobre su ingesta, debido a la asociación establecida con los cuidadores primarios y el alimento; en ocasiones, aparece un proceso paradójico, es decir que cuando hay una restricción de alimento, hay un pobre control sobre la ingesta, de modo que la persona obesa sufre estrés, ansiedad y depresión (De la Vega Morales & Cruz Hernández, 2018). Respecto de los factores emocionales, la comida se emplea para atenuar el malestar, constituyendo un vehículo para manejar esas emociones que normalmente la persona tiene dificultad para identificar (Bersh, 2006).

Considerando la influencia que las emociones y los procesos cognitivos manifiestan en la obesidad, es de destacar la importancia de una terapia adecuada que guíe al paciente hacia un estilo de vida saludable y consciente, abordando a la persona de manera integral, mediante un enfoque que propicie la participación de un sujeto activo comprometido con su tratamiento. Por tal motivo, en el próximo apartado se expondrán las características de la terapia cognitivo-conductual, la cual constituye uno de los principales abordajes empleados en el tratamiento de la obesidad.

### **3.2. Terapia Cognitivo Conductual**

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha sido aplicada con éxito en el tratamiento de diferentes patologías y problemas que aquejan a los seres humanos. Desde sus orígenes, dicho enfoque tuvo un importante interés por obtener apoyo empírico para los modelos de intervención que se han ido diseñando. Su carácter integrador posibilitó su aceptación en diversos contextos –no sólo en el consultorio- por profesionales de otras áreas, que se vieron atraídos por la difusión y la eficacia de esta terapia (Farré Martí, 2004; Garay, Korman & Keegan, 2008).

En el ámbito clínico, el tratamiento comienza con una demanda de un sujeto que tiene problemas de conducta o padecimientos emocionales, y por ello decide consultar a un psicólogo. El paciente llega y le explica su problema al profesional quien, a partir de lo que el paciente le narra, tratará primero de entenderlo y luego ayudarlo a encontrar una solución con los medios de la TCC (Farré Martí, 2004).

Según la Asociación Española de Psiquiatría (2009), la TCC puede ayudar al individuo a entender problemas complejos, desglosándolos en partes más pequeñas, lo cual le ayuda a comprender la conexión de esos elementos entre sí y el modo en que le afectan. Se puede tratar de una situación, un problema, un hecho o situación difícil. Pueden derivarse de allí: pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos. Cada una de estas áreas puede afectar a las demás.

De este modo, la TCC puede ser una herramienta muy útil, sola o en combinación con otras terapias, para tratar los problemas de salud mental, como la depresión, el trastorno de estrés postraumático o un trastorno de la alimentación, como la obesidad, la cual es objeto de este trabajo (Bossellini & Orsini, 2002; Mayo Clinic, 2019). Sin embargo, no todas las personas que se benefician de este tipo de terapia tienen una enfermedad mental, ya que la TCC puede ser una herramienta eficaz también para ayudar a cualquier persona a aprender cómo manejar mejor las situaciones estresantes de la vida (Mayo Clinic, 2019).

Asimismo, esta terapia es relevante para abordar desafíos emocionales, como controlar los síntomas de enfermedad mental y prevenir recaídas, tratar una enfermedad mental cuando los medicamentos no son una buena opción, aprender técnicas para lidiar con situaciones estresantes, identificar formas de controlar las emociones, solucionar conflictos relacionales, aprender mejores formas para comunicarse, afrontar el dolor o las pérdidas,



superar traumas emocionales relacionados con el maltrato o la violencia, afrontar una enfermedad médica o controlar los síntomas físicos crónicos (Mayo Clinic, 2019).

Por otra parte, Rivadeneira, Minici y Dahab (2017) explican las tres etapas de la TCC: evaluación, tratamiento y seguimiento. Respecto de la primera, el terapeuta se ocupa de conocer al paciente y entender los problemas por los que consulta. En general, le explica al mismo lo que va descubriendo en las primeras entrevistas, con el fin de que el individuo identifique su problema. En esta etapa del proceso terapéutico, paciente y terapeuta acuerdan cuáles son los objetivos del tratamiento. La evaluación psicológica dura entre tres y cinco sesiones. En cuanto al tratamiento en sí, se trata de la etapa más larga, puesto que es el momento de aplicar las técnicas dirigidas a lograr el cambio que beneficie al paciente, intentando alcanzar los objetivos que se plantearon en la primera fase. Las técnicas que se aplican varían según el problema, el paciente y el momento que éste esté atravesando. En cualquier caso, siempre la implementación de un procedimiento se comunica con anticipación al paciente, llegando a un acuerdo entre ambos. Durante el seguimiento, la frecuencia de las consultas se va espaciando, mientras se aplican procedimientos orientados a mantener los cambios y prevenir recaídas. Cuando los objetivos se lograron y el cambio se consolidó, el paciente recibe el alta.

Asimismo, estos autores señalan que la TCC es científica, porque los procedimientos aplicados han sido investigados con rigurosos métodos experimentales, mostrando una relación con los avances en neurociencias. De igual manera, es una forma de tratamiento psicológico de orientación práctica y de amplio espectro de aplicación. Su objetivo principal es aliviar el sufrimiento humano, haciendo uso de procedimientos validados por la ciencia (Rivadeneira et al., 2017). Se trabaja con el paciente de forma estructurada, ayudándolo a tomar conciencia de pensamientos imprecisos o negativos, para que pueda visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más efectiva (Mayo Clinic, 2019).

Caracterizando a la TCC, puede decirse que los terapeutas se concentran en resolver los problemas actuales de la persona. Sólo se realizan preguntas sobre el pasado cuando es absolutamente necesario, puesto que este enfoque no está centrado en los traumas infantiles del sujeto, sino en los motivos que lo aquejan hoy. El psicólogo interviene activamente, puesto que pregunta, contesta, sugiere, explica. Se parte de la concepción de que el paciente

busca ayuda porque tiene problemas que le traen sufrimiento y no ha podido resolverlos por sus propios medios. Entonces, concurre al terapeuta, quien posee conocimientos científicos sobre qué hacer para aliviar el padecimiento y, por tal motivo, los aplica con el paciente que se lo está demandando (Recalde, 2005).

Otra de las particularidades de este enfoque es que posee una duración corta, ya que se basa en una problemática presente que se intenta resolver y, una vez que se llega al momento de la resolución, la terapia finaliza, aunque con la condición de un seguimiento. Por ello es que la TCC se considera una terapia a corto plazo, que puede llevar de cinco a 20 sesiones, teniendo en cuenta diferentes factores que pueden acortar o alargar el tratamiento, entre los cuales se encuentran el tipo de trastorno o situación, la gravedad y duración de los síntomas, cuánto hace que el paciente convive con esa situación, la rapidez con que evoluciona, cuánto estrés está padeciendo y el apoyo social que recibe (Mayo Clinic, 2019; Recalde, 2005). Asimismo, Rivadeneira y colaboradores (2017), agregan al diagnóstico otro factor, que es el compromiso del paciente, ya que en el enfoque de la TCC se acostumbra a dar a los pacientes ejercicios y tareas; cuanto más se dedique el paciente, más rápidamente se logran los objetivos.

Por su parte, Torres (2017) considera que en este tipo de terapia se trabaja enseñando a los pacientes a reconocer los estilos de pensamiento que predisponen a llegar a conclusiones poco útiles o pensamientos disfuncionales. Por ello es que se entrena al individuo para que sea capaz de reflexionar acerca de su propia manera de pensar y plantearse qué puntos son conflictivos y cuáles no lo son. De este modo, se persigue que el paciente tenga más capacidad para cuestionarse las categorías con las que trabaja y detectar patrones típicos de pensamiento que le causan problemas. El proceso por el cual esto se consigue, se fundamenta en un modelo de actuación inspirado en el diálogo socrático. Esto implica que, durante una parte de las sesiones, el profesional irá dándole el *feedback* necesario al paciente para que éste, por sí mismo, detecte las contradicciones o las conclusiones indeseadas a las que les llevan sus estilos de pensamiento y sus esquemas cognitivos. El terapeuta plantea preguntas y remarca aseveraciones que el propio individuo ha hecho, para que este último se vaya profundizando en el estudio de su propio pensamiento.

Otro de los lineamientos centrales de este enfoque implica intervenir sobre los focos cognitivos y conductuales que se han detectado. Esto conlleva fijar objetivos concretos a

cumplir y entrenar al paciente para que sea capaz de determinar desde su propio criterio las estrategias que lo acercan y lo alejan de estas metas (Torres, 2017).

### **3.3. Tratamiento de la obesidad**

La mayoría de los programas de prevención desarrollados hasta el momento para el tratamiento de la obesidad, se han abordado desde un único paradigma, el médico-psicológico. López y colaboradores (2015) sostienen que este enfoque parcializado puede generar mensajes contradictorios, contribuyendo al desarrollo de otros problemas en relación al peso. Por lo tanto, la prevención conjunta parece ser la respuesta más acertada. Esta debe realizarse a través de programas que incluyan entre sus lineamientos la reducción de los factores de riesgo asociados al desarrollo de la obesidad y el abordaje del espectro más amplio posible de problemas relacionados. Para su eficacia, estos programas deben implementarse durante la adolescencia y la adultez joven, mediante políticas escolares, laborales y campañas comunitarias.

De acuerdo con Dalla Pria, Genazzini y Tamburini (2014), existen factores mentales que predisponen a que una persona se posicione activa o pasivamente ante dos grandes condicionantes, como la genética y el ambiente. Según la posición que el paciente tenga, será o no posible sostener los cambios necesarios para mantener controlada la obesidad. En consecuencia, bajar de peso a través de cambios de hábitos es sólo una parte del tratamiento. Este último es complejo y heterogéneo, puesto que implica atender a distintos factores en permanente interacción: biológicos, psicológicos, socioambientales y culturales, conformando un todo que trasciende a cada una de las partes. Por eso, el tratamiento debe ser interdisciplinario, con un objeto de estudio y abordaje nuevo, diferente a los objetos que pudieran estar previamente delimitados. Todas las áreas, cada una desde su mirada particular, deberían promover un nivel de motivación adecuada en el paciente, que le permita tolerar la frustración cuando no se logra lo propuesto y posibilitar la valoración de sus avances en el proceso terapéutico, ayudándolo a reconocer qué lo impulsa a realizar el mismo, cuáles son sus objetivos y metas, para llevarlo a un plano de concreción posible (Dalla Pria et al., 2014; García, 2004).

De igual manera, el tratamiento interdisciplinario debería estimular una posición activa ante el ambiente, fortaleciendo la autoestima y autonomía, apuntando al logro del

autocuidado. Para ello, deben implementarse estrategias conductuales, que apunten básicamente a cambios de hábitos y la desarticulación de factores de mantenimiento del sobrepeso, posibilitando nuevos modos diferentes de relacionarse con la comida y el ambiente. Por tal motivo, el abordaje de la obesidad debe atender a los distintos condicionantes objetivos y subjetivos que operan en los pacientes obesos, desde una cosmovisión transdisciplinaria, cuyos objetivos trascienden los específicos de cada especialidad. Cada profesional aporta su saber y su práctica en plena conciencia de estar formando parte de un sistema que lo trasciende. De esta manera, se intentan enfrentar las complejidades que presenta la clínica de la obesidad, respondiendo como equipo a las necesidades de los sujetos (Dallia Pria et al., 2014).

En el caso del centro terapéutico abordado en este trabajo, el equipo interdisciplinario está conformado por profesionales de las siguientes áreas: psicoterapéutica, nutricional, médica y deportiva, con el acompañamiento de auxiliares médicos. A su vez, los profesionales están a cargo de diversos talleres como el médico-nutricional y el de mindfulness, y otros espacios como los de asesoría de vestuario, entrenamiento funcional, baile, kinesiología y masajes californianos. Desde el centro se brindan planes nutricionales personalizados, educación alimentaria, terapias individuales o grupales y un plan de actividad física adaptado a cada persona, destinado a distintos niveles de sobrepeso y a todas las etapas de la vida -niñez, adolescencia, adultez y tercera edad.

En cuanto a los objetivos generales que se persiguen en el tratamiento de la obesidad, estos son: investigar las características de estos pacientes, creando modelos que expliquen la enfermedad y propuestas de abordaje; tratar a los pacientes con obesidad mediante consultas especializadas y programas específicos que involucren a todas las disciplinas, posicionándose desde una mirada integral; sistematizar la información recogida en el diagnóstico y tratamiento, con el propósito de desarrollar y aplicar propuestas en los distintos niveles de intervención de los pacientes con obesidad (García, 2004). Los equipos interdisciplinarios están capacitados para establecer diagnósticos más precisos y complejos, teniendo en cuenta los factores médicos, psicológicos y conductuales que determinan la enfermedad (Ravenna, 2004).

En este sentido, Decarlini y Díaz (2018) sostienen que es fundamental no centrarse en la reducción del peso sino hacer hincapié en los beneficios obtenidos al disminuir las

comorbilidades, favoreciendo una mejor calidad de vida. Los objetivos deben ser individualizados y pactados con cada paciente. Para comenzar el tratamiento, es necesario hablar de las motivaciones personales para perder peso, qué se está dispuesto a hacer para conseguirlo y cuáles son las expectativas, ya que pueden ser irreales y llevar a la frustración, con el consiguiente abandono del plan. Las medidas terapéuticas incluyen un plan de alimentación, actividad física, educación, cambio de conducta, tratamiento de comorbilidades y, en algunos pacientes, se requiere medicación o cirugía.

Desde la intervención psicológica, Acuña Lara, Meza Rodríguez y Torres Zapata (2018) consideran que cada paciente es distinto, por lo cual manifiesta diferentes obstáculos para controlar la ingesta alimentaria y el peso, así como el desarrollo de hábitos de estilo de vida sana -horas de sueño, ejercicio, descanso-. Por ello, es importante identificar los estímulos asociados con la ingesta propia del hambre de aquellos estímulos derivados de factores detonantes de tensión, estrés, ansiedad o angustia que desencadenan la necesidad de ingesta con un consecuente proceso de obesidad.

Es así como los programas de intervención en obesidad deberían incluir un cambio conductual hacia un estilo de vida más saludable, utilizando estrategias que concienticen al paciente de la necesidad de un tratamiento crónico para el control de su enfermedad (Rodríguez Doñate, García Llana & de Cos Blanco, 2010). Para ello, como se ha manifestado anteriormente, los autores proponen una estrategia interdisciplinaria y de carácter grupal para el tratamiento integral de la obesidad, mediante el desarrollo de sucesivos talleres de carácter conductual y educacional, con el objetivo de ofrecer al paciente herramientas de calidad para el control de su enfermedad.

### **3.4. Perspectiva cognitivo-conductual en la obesidad**

Respecto al tratamiento que atañe a este trabajo, en el marco de la TCC se utilizan un conjunto de acciones terapéuticas, como el establecimiento de una dieta adecuada, la fijación de hábitos alimentarios adecuados, la organización de una rutina, ejercicio físico, reestructuración cognitiva, el manejo y expresión de emociones, la comunicación familiar asertiva, la autorregulación de la ansiedad, la resolución de problemas, terapia de grupo y sesiones dedicadas al mantenimiento de la pérdida de peso. Particularmente, la reestructuración cognitiva se refiere al análisis y modificación de los pensamientos negativos

que suelen aparecer durante el tratamiento, impidiendo que éste progrese. Es relevante modificar los pensamientos obstaculizadores, ya que de ello depende, en gran medida, que la persona no abandone el tratamiento (De la Vega Morales y Cruz Hernández, 2018; Farré Martí, 2004).

La aplicación de la TCC en el manejo integral de la obesidad, según Rodríguez Morán y colaboradores (2014), implica la participación de un equipo interdisciplinario. Desde este enfoque, el propósito de esta terapia es iniciar y mantener un proceso que permita identificar y resolver los problemas relacionados con el hábito de comer en exceso y el sedentarismo, así como determinar los cambios conductuales adecuados para la incorporación de un estilo de vida saludable, proceso en el que el sujeto mantiene un rol activo en la resolución de los problemas.

Además de los ya mencionados, De la Vega Morales y Cruz Hernández (2018) sostienen que los pilares de la TCC enfocada en la obesidad son: el control de estímulos, la flexibilidad en el programa de alimentación, el manejo de las relaciones interpersonales y del estrés, la motivación, los cambios de actitud al comer y la prevención de recaídas. Tener en cuenta estos elementos primordiales, contribuye a evitar el abandono de la psicoterapia (De la Vega Morales & Cruz Hernández, 2018). Además, deben considerarse como parte del plan otras intervenciones básicas que incluyen registro de comida, focos de trabajo en la autoestima, fortalezas, autoeficacia e imagen corporal; desarrollo de habilidades en el manejo de dificultades. El seguimiento y evolución dependen de la reevaluación y feedback de cambios producidos y mantenidos (Lafuente, 2011).

Braguinsky (2002) afirma la importancia de producir un cambio en el sujeto, lo cual acrecienta sus posibilidades de éxito en el tratamiento. Por ello, se debe hacer hincapié en la salud y bienestar del paciente, en su motivación y la capacidad de aprender nuevos hábitos que podrá incorporar a su vida de manera estable.

Según Bersh (2006), la terapia conductual se administra, generalmente, en formato de grupo, y la duración del tratamiento es de cuatro a seis meses, con sesiones semanales. Una herramienta básica es el automonitoreo, a través del registro detallado de la ingesta y las circunstancias en que ésta ocurre, mediante un diario de alimentación, el cual facilita identificar las influencias personales y ambientales que regulan la ingesta, y permite tomar

medidas específicas para modificar malos hábitos. Las mismas estrategias se utilizan para estimular la actividad física.

Otra metodología es el control de estímulos, que pretende limitar la exposición a claves sensoriales y situacionales que desencadenan la ingesta excesiva. Por ejemplo, se recomienda no hacer otras cosas cuando se está comiendo -como ver televisión-. Asimismo, se enseñan técnicas de manejo de contingencias. La terapia conductual hace hincapié en una nutrición saludable y desaconseja las dietas rígidas, en favor de una dieta balanceada y flexible, que incluya la reducción de las grasas saturadas y la preferencia del consumo de carbohidratos complejos, verduras y frutas (Bersh, 2006).

Cash (2008) ha desarrollado un programa que incluye psicoeducación con elementos cognitivos y conductuales. Los elementos cognitivos permiten la identificación y el cuestionamiento de creencias, esquemas y distorsiones cognitivas que afectan las experiencias cotidianas de la imagen corporal. En dicho programa, se plantean ejercicios en los cuales se expone al paciente a su propio cuerpo, con el objetivo de facilitar una apreciación equilibrada del mismo, así como se lo enfrenta a situaciones sociales que suele evitar, como ir a comprar ropa, con el fin de que el sujeto se acepte y logre una adaptación con el ambiente. Asimismo, se trabajan técnicas de manejo de estrés para obtener una relación más sana con el cuerpo y menos limitada a la apariencia.

La TCC, según Lafuente (2011), pone el acento en aquello que el individuo debería cambiar y cómo hacerlo. La tarea consiste en solicitar al paciente que observe primero su conducta, pensamientos y sentimientos, así como la relación que existe entre ellos y sus hábitos alimentarios, de modo que permita buscar otras alternativas más beneficiosas que puedan ponerse en práctica en su vida diaria.

Cuando el paciente está en las primeras fases del tratamiento, aún no han modificado sus hábitos de alimentación inadecuados. Con frecuencia, sostiene Lafuente (2011), el paciente no tiene conciencia de sus efectos, puesto que sólo identifican los problemas asociados a la imagen corporal, la salud y la belleza, pero no se dan cuenta de sus hábitos disfuncionales.

Por otro lado, Facchini (1999) sostiene que, en el tratamiento de la obesidad, es relevante el establecimiento de una alianza terapéutica en la que el profesional tratante sea capaz de brindar al paciente apoyo con una actitud no enjuiciadora, poniendo especial

cuidado en no reforzar la culpa y en la sensación de fracaso que el paciente obeso ya posee. Destaca la importancia de entrenar al paciente para adquirir un rol activo, como parte fundamental del proceso terapéutico, lo cual se logra a través de una relación de respeto y confianza mutua. El autor plantea que los recursos técnicos para abordar la problemática del paciente obeso en el marco de la interdisciplina son múltiples y variados, y van desde lo propio del médico o nutricionista hasta lo más específico del psicólogo o psiquiatra.

Facchini (1999) menciona al pionero del tratamiento conductual de la obesidad, que fue Richard Stuart a fines de la década del sesenta. La modalidad terapéutica propuesta por Stuart estuvo orientada a reducir el ingreso energético y a aumentar la actividad física. Más tarde, se fue sofisticando y complementando, con el objetivo de focalizar en una mejor nutrición en contraposición a una dieta rígida, en lograr la mejoría de las relaciones interpersonales, en desarrollar actitudes menos disfuncionales acerca de la alimentación y el control de peso, y en afianzar el logro del descenso de peso. Siendo una terapia estructurada y limitada en el tiempo, aborda las relaciones entre los pensamientos, afectos y comportamientos, sobre la premisa de que la estructura cognitiva precede al sentimiento y a la acción. Muchos de sus procedimientos pueden ser utilizados por médicos y nutricionistas entrenados en su uso y constituyen componentes necesarios para el tratamiento adecuado de la obesidad (Facchini, 1999).

Rodríguez Morán y colaboradores (2014) aseveran que la TCC resulta eficaz para mejorar la adherencia y disminuir la deserción de un programa de abordaje integral para la reducción de peso en personas con obesidad. En el corto, mediano y largo plazo, la incorporación de este enfoque terapéutico podría constituir una herramienta útil para hacer frente al complejo problema que representa la obesidad, lo que se traducirá potencialmente en la disminución de su prevalencia.

Es indispensable en este tipo de enfoque establecer estrategias para aumentar y mantener la motivación, de modo que las acciones de los pacientes sean imprescindibles para el mantenimiento del descenso de peso. La motivación cumple una función primordial en este proceso, permitiendo la implicación del paciente en el tratamiento. Una estrategia que se puede utilizar de manera eficaz, en este sentido, es la del contrato comportamental, que consiste en especificar por escrito las conductas que se esperan tanto del terapeuta (o coordinador) como de los miembros del grupo, reforzando el compromiso entre las partes,



en dirección a los objetivos que éstos acuerden alcanzar; esto motiva el comportamiento para disminuir el peso corporal, estableciendo una implicación de responsabilidad y compromiso consigo mismo y con la terapia (Coutinho, 1999).

Partiendo de los supuestos anteriores, es evidente la relevancia de prevenir futuras recaídas. Se trata de una elaboración permanente que parte de la idea de mantener y bajar el peso, permitiendo que se eviten los abandonos de tratamiento. Sin embargo, debido a que la terapia psicológica no cura la obesidad, es necesario que el esfuerzo en caso de recaída vaya dirigido a la prevención secundaria, que es la recuperación del peso perdido (Vázquez & López, 2001).

### **3.5. Grupos de mantenimiento de peso para pacientes con obesidad**

Garay y colaboradores (2008) sostienen que el formato grupal del tratamiento presenta ventajas sobre la terapia individual, destacando la importancia que el grupo sea homogéneo, presentando todos los pacientes la misma patología para, de esta manera, compartir inquietudes, emociones y motivarse en el proceso. Vaimberg (2012) argumenta que las psicoterapias ejercen una función importante en el grupo porque obran como estímulos emocionales que influyen en los miembros y se utilizan como medios para reforzar el proceso terapéutico.

Por lo general, introducir al paciente en un dispositivo de terapia de grupo posibilita que los miembros de éste opten por comportamientos distintos en las circunstancias en las cuales se origina una alimentación errónea. Estos programas grupales permiten que se produzca un modelo de conducta compartida que se vea reflejada en todos sus miembros, lo que conlleva a un incentivo y refuerzo para que se generen los cambios necesarios. Estos dispositivos permiten que se arraiguen las habilidades incorporadas y el aprendizaje de las mismas, logrando hábitos que favorezcan el mantenimiento del peso. Hay que considerar que ya los pacientes conocen la forma de trabajar en grupo, porque lo hacen desde la instancia de descenso de peso, pero durante el mantenimiento, consolidan los hábitos que implementarán en su vida cotidiana (Coutinho, 1999).

A su vez, este autor sostiene que el grupo terapéutico permite formar redes de apoyo emocional y de colaboración conjunta, lo que ayuda y promueve el buen resultado de la terapia. En este sentido, Farré Martí (2004) considera que la terapia grupal se basa en el

apoyo de otras personas con el mismo problema de obesidad y ha demostrado ser muy efectiva, puesto que el acompañamiento y el apoyo social motivan a continuar con los hábitos que modifican el estilo de vida del paciente. Una vez conseguida la reducción del peso, es importante continuar con el tratamiento durante largo tiempo, lo que lleva a la conformación del grupo de mantenimiento. Lafuente (2011), coincide en afirmar que las experiencias terapéuticas obtienen mayores resultados cuando se lleva a cabo una terapia de grupo, aunque resulta conveniente hacer encuadres grupales diferentes para determinadas conductas, como alimentación y ejercicio, al tener objetivos, pautas y procedimientos muy semejantes. Uno de los objetivos de los modelos cognitivo-conductuales en mantenimiento de peso ha sido prevenir las recaídas en pacientes ya libres de los síntomas del trastorno, o al menos libres de la mayoría de ellos (Garay et al., 2008).

Para que la terapia de grupo sea eficaz, es necesaria la existencia de la cohesión, una de las particularidades más importantes para que el grupo terapéutico se sostenga y tenga éxito. En este contexto, el concepto de cohesión grupal hace referencia a lo que hace que el grupo se mantenga unido, las costumbres, ideas, problemáticas, etc. Los integrantes de un grupo con cohesión, establecen relaciones afectivas que generan sentido de pertenencia, de colaboración y preocupación mutua. El comportamiento social exigido a los miembros para gozar de la estima de un grupo cohesivo también resultará adaptativo para el individuo en la vida social que mantiene fuera del grupo (Vinogradov & Yalom, 1996). Además, cuando tiene cohesión, el grupo provoca en sus miembros un sentimiento de compromiso y responsabilidad compartida, lo que lleva a que los objetivos propuestos en la terapia se lleven a cabo en mayor medida (Ravenna, 2005).

El planteamiento global del tratamiento grupal, de acuerdo con Lafuente (2011), se centra en cambiar el estilo de vida, particularmente, la conducta alimentaria propiamente dicha, la modificación de la vida sedentaria por un aumento regular de ejercicio físico y la modificación de los factores de la vida emocional que repercuten en la obesidad. Antes de iniciar el tratamiento, hay dos elementos claves a tener en cuenta para el desarrollo de la terapia grupal: la motivación y la psicoeducación. Estar motivado es un prerrequisito básico para comenzar un tratamiento, y ello se logra mediante el encuentro con otras personas que también están viviendo la misma problemática y que igualmente necesitan un cambio. En

cuanto a la psicoeducación, la autora la refiere como la construcción de deseos de cambio y mantenimiento.

Para comprender cómo se conforman los grupos terapéuticos, se deja constancia del método empleado por centros terapéuticos como el que se aborda en este trabajo para el tratamiento de la obesidad, cuya propuesta de terapia grupal se basa en un tratamiento nutricional, médico y terapéutico, acompañado con actividad física adaptada. Se fundamenta en tres pilares nutricionales conceptuales y conductuales, basados en el concepto de corte inmediato con los excesos para poder reconocer el malestar; la medida en la porción, el cuerpo y la ropa, para así tener equilibrio y sobriedad; y distancia entre las comidas y con la comida para lograr objetividad y lucidez (Ravenna, 2004).

Para ingresar al centro terapéutico, se deben realizar las consultas clínica, psicológica y nutricional como requisito previo. Una vez admitido y diseñado el tratamiento, se les indica a los pacientes una dieta personalizada VLCD -dieta de muy bajas calorías-, que tiene la característica de introducir al paciente en un estado llamado acidosis, que le posibilitará mantener el tratamiento sin mayores dificultades. Las dietas muy hipocalóricas (DMBC, dietas de muy bajas calorías), aunque contienen niveles de energía menores a los que habitualmente se indican, incluyen una dosis diaria de todos los requerimientos nutricionales esenciales. Han sido utilizadas en la medicina clínica por más de 40 años, lo cual avala su seguridad y eficacia. Se usan como la única fuente de nutrición durante ocho a 16 semanas alternas y permiten, por lo general, un descenso de peso de entre 1,5 y 2,5 kilos por semana (Ravenna, 2004).

Se les propone a los pacientes tratamiento terapéutico grupal y, de considerarse necesario, un seguimiento psicológico individual. En el centro, funcionan grupos de descenso veloz, intensivos, de 14 días de duración, llamados CLAVE -Control y Límites en Adelgazamiento Veloz-; grupos de siete días llamados INTERCLAVE -son grupos de reflexión pensados para corregir y mejorar lo que no se alcanzó en el anterior-; grupos VALE -grupos intensivos de fin de semana, que tienen lugar cada 15 días-; grupos semanales de descenso; grupos de niños y de adolescentes y grupos de mantenimiento (Ravenna, 2004).

Una vez que se llegó al objetivo, es de suma importancia instaurar las estrategias necesarias para motivar al paciente y lograr el mantenimiento del peso alcanzado. Un mantenimiento de peso exitoso se define como una ganancia de peso menor de tres kg. en

dos años, y una reducción sostenida en la circunferencia de la cintura de al menos cuatro cm. (Vilallonga, Repetti & Delfante, 2008).

Ravenna (2006) plantea que la posibilidad de orientar un tratamiento terapéutico dependerá no sólo del marco teórico del terapeuta y de sus herramientas, sino de la confluencia de éstas con el estilo del paciente. Aclara que el éxito dependerá de la permeabilidad para incorporar nuevas estrategias. Para desentrañar el mecanismo adictivo, se basa en la TCC, con el objetivo de desarticular las creencias erróneas del paciente al mismo tiempo que le facilita instrumentos conductuales para el cambio.

En la terapia grupal cognitivo-conductual, se toma como eje la conducta del paciente y se trabaja sobre ella para modificarla. En primer lugar, se aborda el síntoma, y una vez que el paciente logra hacer la dieta perfecta, puede indagar con mayor lucidez mental en las causas profundas del desborde con la comida. Se hace hincapié sobre las conductas de base que sostienen esta enfermedad, el descontrol, el autoengaño, la falta de límites y la dependencia (Ravenna, 2004). En cada reunión terapéutica, se trabaja acerca de las habilidades interpersonales, las emociones y las estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes (Marcitllach & Fernández, 2014).

Mosqueda y Robles García (2012) sostienen que la modificación de los pensamientos sabotadores posibilita al paciente generar un mayor apego al tratamiento, puesto que ya no minará sus esfuerzos por bajar de peso y evitará consecuencias emocionales negativas como la frustración, la tristeza, la ira y la culpa, que se generan por el rebote o por la no disminución de peso. Además, con la ayuda de sus compañeros, el sujeto reconocerá la necesidad de cambiar su estilo de vida, propiciando una modificación profunda y duradera.

Sostienen Vilallonga y colaboradores (2008) que la terapia grupal constituye una herramienta eficaz en el tratamiento de la obesidad, ya que permite que el paciente se sienta contenido, y comparta vivencias y experiencias con sus pares, teniendo un control y seguimiento más frecuente respecto a su dieta. En las reuniones grupales, los pacientes comentan las vivencias de la semana respecto a sus logros y dificultades, se evalúan los recordatorios de comidas, se realiza educación alimentaria, se trabaja la imagen corporal, se conversa sobre los disparadores emocionales que influyen en los hábitos alimentarios, se educa en el cambio de hábitos y estilo de vida, y se incentiva la actividad física desde lo terapéutico.

En los grupos terapéuticos de mantenimiento, todos los alimentos son permitidos. El reto de cada paciente es definir cuáles son las medidas permitidas para llevar una vida normal sin aumento de peso, un patrón alimentario que será referencia para el resto de la vida. Todo paciente en mantenimiento se pesa todos los días, tienen actividad física incorporada en su día a día y optan por una alimentación de mejor calidad (Ravenna, 2009).

Respecto a las intervenciones de los coordinadores en estos grupos, Decarlini y Díaz (2018), sostienen la importancia de centrarse en los beneficios obtenidos al disminuir los problemas de salud asociados a la obesidad, favoreciendo la calidad de vida, en lugar de enfocarse sólo en el peso. En el mantenimiento, se trabaja sobre los objetivos que habían sido acordados con cada paciente según sus necesidades. El rol del coordinador será indagar sobre las emociones de cada paciente respecto a los logros que está obteniendo e intentar dar respuesta a los nuevos interrogantes y ansiedades que aparecen en esta etapa, donde deben mantener los buenos hábitos para no volver a subir de peso. La tarea principal es de escucha y contención (Decarlini & Díaz, 2018).

El rol de coordinador en una terapia grupal requiere determinadas competencias vinculadas con el “saber ser”, es decir, destrezas personales y relacionales que corresponden a lo esencial del terapeuta. Éste es quien posee la técnica, por lo tanto, orienta el trabajo grupal y personal, bajo la cooperación de los miembros del grupo, que tienen una función activa en el tratamiento. El rol del coordinador puede ser entendido como aquella función que dentro del grupo se encarga del encuadre, incentiva las relaciones y la producción del grupo, identifica estrategias para superar los obstáculos que se presentan al interior o durante la dinámica grupal, facilitando la tarea. Debe tratar de comprender las emociones y situaciones que anteceden a los pacientes, para poder guiarlos en dirección correcta hacia la consecución de nuevos hábitos, eliminando aquellos que no son saludables (Zuluaga Gómez, 2006).

Al respecto, Safran y Zinder (1994) consideran que el terapeuta debe adquirir la idea de las experiencias interiores de los pacientes, como también la sensibilidad para comprender esas experiencias, que los pacientes pueden no haber dilucidado ni expresado por sí mismos. Por lo tanto, es fundamental la empatía, que implica un proceso de concordancia afectiva. Asimismo, señalan que el coordinador debe tener la sensibilidad suficiente para poder hacer las lecturas que permitan develar lo implícito que el grupo o uno de sus miembros no ha

podido sacar a la luz y guiarles para que dilucidan esas experiencias; esto es lo que Safran y Zinder (1994) llaman el ojo clínico del terapeuta.

Es preciso recordar que el lugar del coordinador o terapeuta es externo con respecto a la experiencia grupal, con esto es factible decir que el progreso en el tratamiento es responsabilidad de sus miembros y no del terapeuta, quien en todo momento debe mantener un profundo respeto por la experiencia de sus pacientes, sus sentimientos, sus verbalizaciones (Zuluaga Gómez, 2006).

Por este motivo, Ravenna (2009) sostiene que el grupo de mantenimiento de peso es fundamental para que los pacientes mantengan la constancia y fortalezcan la voluntad. Destaca que el sentirse acompañado en el tratamiento de la obesidad es importante para obtener resultados concretos, casi inmediatos, a diferencia de lo que significa hacer la dieta por cuenta propia sin asistir al grupo. Explica que los grupos suelen ser tan efectivos en la mayoría de las personas porque funcionan en distintos aspectos psíquicos. En éstos, hay espejo, reflexión, comparación, competencia, dinamismo, conceptos claros y filosofía de vida. Los grupos terapéuticos no buscan una terapia emocional, sino que las emociones se ubiquen en el lugar que les corresponde. Se trata, principalmente, de deshacer el vínculo que no se desliga del exceso, compartiendo este proceso con otras personas que están en la misma situación.

La terapia de grupo en la obesidad se rige bajo las estrategias de intervención de la TCC. En este sentido, persuadir al paciente de implementar cambios en sus modo de vivir para obtener beneficios en todos los niveles de su vida, es fundamental (Salas, Rubio, Barbany & Moreno, 2007). El sujeto que se encuentra en la etapa de mantenimiento debe aprender que la única herramienta que tiene a mano es la alarma que resuena en su mente cuando ha subido dos o tres kilos. En ese momento, el individuo debe aprender a reconocer las variantes en la conducta, con el fin de que todo lo conseguido hasta el momento no se pierda, sino que pueda ser resignificado para el futuro (Ravenna, 2005).

Al respecto, los coordinadores buscan que los pacientes adquieran o incrementen el autocontrol y la autoestima, permitiendo que el individuo pueda contrarrestar cualquier acción o pensamiento disfuncional que ponga puesta a prueba al sujeto frente a la comida. Una de las intervenciones que se suelen implementar para controlar las emociones de los pacientes es enseñar técnicas de relajación, con el objetivo de dar herramientas a los pacientes

para rebajar tensiones o ansiedades producidas por otras situaciones ajenas al tratamiento o generadas por la misma conducta alimentaria por miedo a perder el control de sus impulsos. Se implementan para generar en los pacientes un motivo para que sea practicado en sus actividades diarias, en sus casas, trabajos u otros ámbitos, para que el estrés u otro factor no sean motivos de una sobrealimentación (Alvarado, Guzmán & González, 2005).

En las sesiones grupales, las metas del terapeuta están puestas en fomentar un buen clima de trabajo. Esto se consigue mediante caldeamientos en grupo, donde el terapeuta exhorta a los miembros del grupo a que hablen acerca de sí mismos, expliciten su peso diario, y que éstos puedan comunicar acerca de su estado actual emocional y conductual, buscando mayor cohesión grupal, vital para que el grupo terapéutico se mantenga en pie. La terapia grupal va cambiando a lo largo de todo el tratamiento; en un principio, sus integrantes asisten con la finalidad de tomar conciencia y de alejarse del mal vínculo con la comida y de los estilos de hábitos que no son acordes con el de mantener y descender a un peso saludable (Marcitllach & Fernández, 2014). Ya en la etapa de mantenimiento, se ponen en práctica las técnicas de autocontrol, actividad física diaria, ingesta correcta de alimentos, afrontamiento a situaciones estresantes, entre otras, que serán las herramientas que ayudarán a que se conserve el mantenimiento. Aunque no se pueden establecer garantías de cura, estos métodos de intervención son más eficaces que si se emplean otras herramientas que no van enfocadas a cambiar el modo de vivir de las personas (Salas et al., 2007).

Según Ravenna (2005), en los grupos de mantenimiento se elabora la relación disfuncional con la comida que cada paciente ha tenido en la historia de su vida y de la etapa del tratamiento recién superada, del descenso de peso. En esta elaboración, los miembros muestran las dificultades que han tenido, las recaídas, la alegría de lograr los objetivos propuestos, los logros que han podido sostener y aquellos recursos que se han perdido o disminuido para volverlos a reforzar. Estos grupos de mantenimiento de peso buscan reescribir una historia nueva en el sujeto. Para sostener la delgadez, es necesario que las imágenes corporales antiguas (de obesidad), que los sujetos tienen aún de sí mismo, vayan desapareciendo y sean parte del pasado, haciendo hincapié en el presente e instaurando una nueva identidad, ajustadas a un nuevo cuerpo, nueva ropa e inclusive nuevo modo de ver la vida. La relación terapéutica, en esta instancia, es una relación de intercambio entre los

miembros del grupo y el terapeuta que tienen un objetivo y una debilidad en común: la comida.

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de Estudio**

El presente estudio fue descriptivo.

### **4.2. Participantes**

Participaron de este trabajo tres grupos de pacientes que asisten a una terapia grupal de mantenimiento de peso de un centro terapéutico especializado en el tratamiento de la obesidad. La duración de los mismos fue de una hora y media. El grupo 1 estuvo conformado por cinco pacientes, de los cuales tres eran del sexo femenino y dos, del sexo masculino. El grupo 2 se compuso de cuatro pacientes, de los cuales dos son mujeres y dos son hombres. Mientras que el grupo 3 incluyó seis pacientes, de los cuales son cinco del sexo femenino y uno del sexo masculino. Los pacientes que asistieron a los grupos de mantenimiento tienen aproximadamente entre 25 y 40 años. También participaron de este estudio dos psicólogas, que cuentan con 15 años de experiencia trabajando en el grupo de mantenimiento en esa clínica y más de 25 años de ejercer como profesionales. Las mismas trabajan desde un enfoque cognitivo-conductual.

### **4.3. Instrumentos**

-Observación no participante de terapias de grupo de mantenimiento de peso, en pacientes con obesidad, de abordaje cognitivo-conductual.

-Entrevistas semi-estructuradas a las psicólogas-coordinadoras de los grupos de mantenimiento de peso que trabajan en el centro terapéutico. Se indagó acerca de las características que presenta la terapia de grupo para el mantenimiento del peso, las intervenciones que aplican los profesionales en el abordaje cognitivo-conductual, su rol como coordinadores y la utilidad del tratamiento desde este enfoque.



-Entrevistas semi-estructuradas a tres pacientes de los grupos terapéuticos, con el fin de recopilar información acerca de la utilidad de concurrir a los grupos, en base a los siguientes tópicos: tiempo del tratamiento, actividades que realizan y beneficios.

#### **4.4. Procedimiento**

El procedimiento se realizó en el marco de la práctica y habilitación profesional, con una duración aproximada de cuatro meses, mediante 285 horas que incluyeron observación no participante de terapia de grupos de mantenimiento de peso para pacientes con obesidad, en un centro terapéutico especializado en el tratamiento de la obesidad.

Se observó y se tomó notas de las terapias grupales, de manera semanal, cuya duración fue de una hora y media. Asimismo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a las psicólogas de la institución con una duración de 15 minutos aproximadamente, y entrevistas semi-estructuradas a pacientes que participaron de los grupos de mantenimiento de peso en la institución, las cuales duraron alrededor de 15 minutos cada una. Las realizaciones de las mismas apuntaron a conocer las características de la terapia grupal, la utilidad de la misma y las intervenciones de los profesionales durante el proceso terapéutico de abordaje cognitivo-conductual. Los pacientes fueron entrevistados previa firma del consentimiento informado.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1. Rol del coordinador en los grupos de mantenimiento de peso**

Respecto al rol del coordinador en los grupos de mantenimiento, la tarea principal es de escucha y contención. Específicamente, una de las psicólogas entrevistadas señala que su rol consta de contener, informar y trabajar en pos de la buena evolución del paciente en esta nueva etapa, intentando dar respuesta a sus dudas y ansiedades. En el mantenimiento, se trabaja sobre los objetivos que habían sido acordados con cada paciente según sus necesidades. Ello coincide con lo que sostienen Decarlini y Díaz (2018) respecto de las funciones asignadas a los coordinadores de los grupos terapéuticos.

Asimismo, otra de sus funciones es la de facilitar la cooperación en el grupo. En este sentido, una de las coordinadoras entrevistadas expresaba que si surge algún conflicto, es importante que pueda actuar de mediadora, mediante el diálogo, tratando que entre los miembros del grupo se contengan y colaboren. De igual manera, escuchar, contener, respaldar al paciente para que tramite sus emociones en el grupo y no se vaya angustiado. Es el coordinador quien se encuentra capacitado para identificar los obstáculos y las estrategias para superarlos, como así también facilitar la tarea e incentivar los vínculos positivos, tal como señala Zuluaga Gómez (2006). Un ejemplo de esto último se pudo observar cuando en una de las sesiones se hacía referencia a la actividad física y la coordinadora preguntó qué ejercicios o deportes implementaron en esta etapa de mantenimiento y qué sensaciones tenían sobre ello. Una adolescente que bajó 20 kilos, pero todavía le quedan bajar otros más, señala que sale a caminar y hace ejercicios en su casa mediante videos de Youtube, pero que está interesada en comenzar clases de baile. En respuesta a este relato, un compañero le dice que no lo haga, que con la ropa de baile se va a ver como “matambre” y “se van a reír de vos”. Ante este comentario desalentador, la joven no supo qué responderle y comenzó a llorar. Intervienen, en un primer momento, otros compañeros que le reclaman por su tono agresivo. Luego, la coordinadora con su discurso, logra que el paciente tome conciencia del daño ocasionado a su compañera con su comentario y lo induce a pedirle disculpas. Por otro lado, le señala a la adolescente que es importante poder hablar de los sentimientos, por lo cual, la invita a expresar lo que sintió en ese momento. El conflicto logró resolverse con el rol de la coordinadora, finalizando con el mensaje que cada sujeto es libre de hacer la actividad que más le guste, sin ser juzgado por los demás por su cuerpo o su vestimenta.

Por otro lado, se contempla, dentro del rol de los coordinadores del grupo, la generación de la empatía. En este sentido, se trata de adentrarse en su interioridad, como sostienen Safran y Zinder (1994), respetando sus sentimientos y verbalizaciones (Zuluaga Gómez, 2006). Esto pudo observarse en una ocasión en que un miembro del grupo manifestó no entender por qué hace años que está en tratamiento y no logra mantener el peso alcanzado; sube y baja con frecuencia. La coordinadora intentó que la paciente pensara en las conductas que había adquirido en el último tiempo, aquellas que mantenía y cuáles no seguía implementando. Fue un proceso difícil, porque la señora aducía hacer todo bien, pero eso no era así, puesto que los resultados mostraban algo distinto a sus palabras. A este respecto, se

puede inferir que la coordinadora mostró empatía con la paciente, logrando ponerse en su lugar y darle el ánimo que ésta requería en ese momento.

Continuando con el rol del coordinador, otra de sus funciones es ser el líder del grupo, fomentando la cohesión. Así lo menciona una de la psicólogas que coordina los grupos de mantenimiento, quien manifestó que es fundamental el compromiso que se genera, debido al grado de cohesión, porque permite que todos “tiren hacia el mismo lado” al mismo tiempo, haciendo posible que los objetivos se logren en mayor cantidad de pacientes y con mejores resultados que con la terapia individual. Tal como afirman Ravenna (2005) y Vinogradov y Yalom (1996), la cohesión en los grupos terapéuticos resulta crucial para obtener un sentido de pertenencia al mismo.

Finalmente, los coordinadores tienen el rol de propiciar un buen clima grupal para todos los miembros. Tal como señala una de las coordinadoras, y se corrobora en la observación, en el dispositivo de los grupos de mantenimiento de peso se busca que exista un clima cómodo y agradable, mediante la participación de cada uno de los miembros y la generación de la empatía entre todos. Es fundamental que exista el respeto, la posibilidad de expresarse sin censuras ni juicios, tal como plantean Marcitllach y Fernández (2014) acerca de la importancia de fomentar un buen clima grupal.

## **5.2. Intervenciones cognitivo-conductuales**

En este apartado, se propone establecer las intervenciones cognitivo-conductuales que implementan los coordinadores en el grupo de mantenimiento de peso.

Las profesionales entrevistadas explican que no es adicto el que come de más, sino el que quiere hacer un corte con la comida y no puede. Agrega que, en la adicción, la conducta no está sujeta al control del paciente, sino que es el impulso de comer y no poder resistirse a él, lo que hace que la conducta sea adictiva, tal como sostiene Ravenna (2004) a propósito de la metodología del tratamiento y sus dificultades. Esto se vio reflejado en el testimonio de una paciente, que refiere que en un casamiento no pudo hacer un corte en la mesa de dulces. De igual manera, otra integrante del grupo expresa que quería dejar de comer la crema de la torta porque se daba cuenta que no debía hacerlo y, sin embargo, no pudo lograrlo.

Las coordinadoras en su entrevista explican que, para comenzar el tratamiento de mantenimiento de peso, el paciente debe estar mentalizado, es decir, haber hecho el corte de

su historia personal como adicto a la comida y respetar las pautas nutricionales e indicaciones médicas. Por un lado, en el grupo se observa que cuando los pacientes llegan a su peso, manifiestan tener miedos, dudas y dificultades para lograr sostener su peso a largo plazo. Las coordinadoras explican que no recuperar el peso perdido requiere esfuerzo y compromiso, al igual que perderlo. Por tal motivo, el grupo es un sostén fundamental en el tratamiento, ya que brinda estrategias adecuadas de conducta para ayudar a los pacientes a mantener el peso. El testimonio de algunos pacientes deja ver los obstáculos que se presentan al momento de respetar la medida en la porción, sintiéndose desesperanzados al no poder controlar su conducta. Es allí, donde los profesionales intervienen señalando que es primordial que el paciente logre entender que tiene la capacidad para hacer cambios en su rutina diaria y que estos cambios lo llevarán a su recuperación. La fuerza que se pone en juego tiene que ver más con el deseo de recuperación que con la exigencia y el deber. Esto coincide con lo expuesto por Ravenna (2004), al establecer que en el grupo terapéutico es necesario renovar diariamente la energía que se necesita para seguir el tratamiento de mantenimiento de peso.

En cuanto a las intervenciones que los coordinadores realizan en el grupo de mantenimiento, es primordial que uno de los objetivos propuestos sea el de brindar herramientas a los miembros del grupo para que éstos puedan aprender a identificar aquellos indicadores o situaciones en los que puedan tener recaídas que los lleven a volver a aumentar kilos. Al respecto, una de las coordinadoras informa que es imprescindible la primera intervención, brindando información acerca de la nueva etapa que van a atravesar, porque los individuos se encuentran en un nuevo momento desconocido para ellos, producto de un nuevo cuerpo, pero desorientados en cuanto al mantenimiento de este.

Otra de las intervenciones se da a través del diálogo. La misma coordinadora refiere que, a través del mismo, se amplía la información de la enfermedad y se corrigen los viejos patrones de comportamiento, mediante la resignificación. Es importante esta intervención porque deja ver que los pacientes muchas veces se sienten confiados en el peso que hasta el momento han alcanzado y se desvían de la meta, que es mantenerlo. Esto es coincidente con la propuesta de Torres (2017), acerca que el diálogo es una de las tareas fundamentales en el rol del profesional de la TCC. En torno a este tema, en el marco de las observaciones, se pudo vislumbrar que mediante el intercambio con el coordinador y compañeros, el proceso del paciente en el mantenimiento es más eficaz. Muchos de ellos, consultados por las

intervenciones de las coordinadoras, han destacado “su forma de referirse a los temas”, “la calma que transmiten”, “la profundidad de los temas que tratan”, “que todo lo resuelven mediante el diálogo”, “hacen que estemos más unidos, que entre nosotros nos comuniquemos”.

También se ha percibido como intervención de los profesionales el uso de disparadores para motivar a los pacientes. Otra de las psicólogas consultadas menciona que, a través de la lectura de textos que actúan como disparadores, se invita a los pacientes a reflexionar, a manifestar sus experiencias, sus miedos, sus emociones. La lectura de relatos, testimonios, cuentos, como también los videos y películas, son estrategias útiles para aumentar y mantener la motivación, las cuales resultan imprescindibles para el mantenimiento, tal como señala Coutinho (1999). Mediante estas técnicas, se abordan miedos, fantasías, autoestima, el manejo de las relaciones interpersonales y del estrés, la prevención de recaídas, los éxitos, algunos de los mencionados forman parte de los pilares de la TCC, por eso es tan importante tenerlos en consideración (De la Vega Morales y Cruz Hernández, 2018).

Por último, otra de las intervenciones que se han podido observar en los grupos es el automonitoreo, mediante el registro de comida. Cada paciente detalla en su diario personal lo que comió y en qué momento del día, para identificar si hubo errores o si pudo haberlo hecho de otro modo, incorporando otros alimentos. Esta herramienta permite el seguimiento y evolución de cambios producidos y mantenidos (Lafuente, 2011). A su vez, facilita identificar las influencias personales y ambientales que regulan la ingesta, y permite tomar medidas específicas para modificar malos hábitos (Bersh, 2006).

Las intervenciones mencionadas evidencian la relevancia de los coordinadores en los grupos de mantenimiento, para favorecer la motivación, la cohesión y el clima grupal, en pos de que los pacientes puedan alcanzar sus objetivos.

### **5.3. La utilidad del grupo de mantenimiento para los pacientes con obesidad**

Este objetivo implica el análisis de la utilidad del grupo, desde la perspectiva de los pacientes y de las coordinadoras. En cuanto a estas últimas, una de ellas sostiene que la mayor utilidad del grupo de mantenimiento es que el paciente logre tomar conciencia del avance que tuvo y sostenerlo a través del tiempo. Al respecto, en una de las observaciones, se pudo

presenciar el discurso de una paciente, quien subió de peso y se dio cuenta de los errores que lo llevaron a ello. La señora señaló que, en vistas de tener un peso mucho más bajo que el que tenía y presumiendo que ya conocía los buenos hábitos, se sintió confiada y durante un tiempo no se pesó; al no tener ese control, puesto que la balanza es una intervención conductual relevante en este proceso, comenzó a comer de más y a reincorporar hábitos anteriores que había desechado. Entonces, se puede decir que la paciente toma conciencia de los cambios que estaba teniendo su cuerpo y su conducta, y que tenía que seguir adelante con ellos para no volver a subir de peso. En este sentido, una de las coordinadoras explicaba en la entrevista que es normal que lleve un tiempo de ajuste acostumbrarse a esta nueva etapa desconocida, y la balanza puede servirles de alarma para darse cuenta cuando hay algo que no están haciendo bien. Este proceso puede llevar un tiempo considerado al inicio de esta etapa, por lo cual el sujeto debe aprender a adaptarse a su nuevo estado físico, con actitudes que acompañen este nuevo periodo, tal y como sustenta Ravenna (2005).

Siguiendo esta línea, otra paciente que hace dos años y medio se encuentra en la etapa de mantenimiento, en la entrevista hacía referencia a que, si bien siempre se refuerzan cosas que quedan de su etapa de descenso, acá el foco está puesto en tomar conciencia verdadera del vínculo que tienen con la comida, de hacerles cambiar esa idea que son obesos y no van a poder cambiar, acá se trabaja más la cabeza que los kilos que puedan bajar. “En descenso es todo bajar de peso, ni importa lo que pensás, porque estás tan metido en la comida que no te da tiempo de pensar más nada que comer”. Tal como señalan Marcitllach y Fernández (2014), la finalidad del tratamiento va cambiando en todo el proceso terapéutico. Se puede inferir que, a medida que avanza el mismo, el objetivo se orienta hacia la toma de conciencia para alejarse del mal vínculo con la comida, y tomar otros hábitos alimenticios que resulten acordes y funcionales para mantener el peso. Asimismo, cuando la paciente señala que “se trabaja más la cabeza”, se refiere también a la reestructuración cognitiva, tal como sostienen De la Vega Morales y Cruz Hernández (2018) y Farré Martí (2004).

Por otra parte, en uno de los grupos de mantenimiento, se pudo observar que los pacientes, al hablar de su padecimiento y escuchar los aportes tanto de los profesionales como de sus compañeros, toman recursos y herramientas, con el fin de encontrar juntos la solución al problema que padecen. Así lo expresa uno de los pacientes al referir que el grupo de mantenimiento les es útil para desahogarse y escuchar experiencias de otros, “nos hace creer

que sí se puede.” De igual manera, en una entrevista a una paciente de 25 años de edad y con un año de mantenimiento, la misma manifestó que el grupo le brinda instrumentos para enfrentar la vida, le ayuda a pensar distinto, a cambiar su manera de actuar e, inclusive, le acomoda otros aspectos de su vida, además de ayudarla a bajar de peso y de mantenerse. Lo dicho anteriormente coincide con lo expuesto por Ravenna (2004), respecto a la relevancia de sentirse acompañado en el tratamiento de la obesidad para obtener resultados concretos, que se diferencia de hacer terapia de forma individual. Tal es el caso de una de las pacientes, que en una de las sesiones manifiesta sentir alivio después de haber expresado su dolor y agradece al grupo por haberla escuchado. En este caso, se pudo apreciar el apoyo y contención que el grupo brindó a su compañera, al señalar que si bien es entendible que está atravesando una situación muy difícil, esto no amerita a comer de más, ya que esto traerá como consecuencia otro problema en su vida. Así es como entre ellos se aconsejan y acompañan, puesto que están atravesando la misma enfermedad. El apoyo social los motiva a continuar con los hábitos que modifican su estilo de vida (Farré Martí, 2004). En el caso de una de las pacientes consultadas, señaló que éste es el único lugar donde puede hablar de su problema, aunque al principio le costó, pero entendió que sus compañeros atraviesan la misma situación, la comprenden y la escuchan sin juzgarla. En cambio, en su familia, siempre se sintió incomprendida. A pesar de estar viviendo ahora un momento muy difícil y no tener fuerzas para hacer la dieta, el grupo le transmite energía y la alienta a no abandonar.

De igual manera, otro testimonio que argumenta la importancia del apoyo grupal es el de una paciente que cuando asistió por primera vez al grupo, después de escuchar las distintas experiencias de sus compañeros, se dio cuenta que no era la única persona que luchaba día a día contra esta enfermedad. Al respecto, comenta que el hecho de compartir con personas que están en la misma situación, la motiva y le da fuerza para poder continuar con el tratamiento, más allá del dolor y el cansancio que dice sentir. Por ello es que los profesionales afirman que es fundamental la motivación del paciente en el tratamiento de obesidad. Es un componente que no puede faltar, dado que se trata del motor que los impulsa a buscar alternativas o cambios. Es importante señalar que la terapia grupal elimina el drama individual y permite al paciente dejar de sentir que el problema pasa por él exclusivamente. La incursión de un paciente obeso en un grupo terapéutico bien dirigido, sostienen las coordinadoras, resulta crucial en su recuperación, constituyendo la manera más efectiva de

desmitificar creencias instaladas y adquirir conocimientos que enriquezcan el comportamiento y los vínculos, lo cual coincide con lo expuesto por Ravenna (2006), respecto de la modificación de las conductas desbordadas y compulsivas por otras más saludables.

En todos los casos descriptos se pudo apreciar en los pacientes, no sólo cambios físicos, sino también cambios psicológicos, producto de los efectos de la terapia grupal. Tal es el caso de un paciente que manifiesta que, al poder expresar libremente su historia de vida y profundizar acerca de su enfermedad, pudo comprometerse con el tratamiento, haciendo énfasis en que el grupo es un pilar fundamental en su vida. El mismo destaca que, desde que se incorporó al grupo, pudo disfrutar más la vida e interesarse en actividades que lo hacen sentir bien. Señala que sus pensamientos ya no giran únicamente en torno a la comida y refiere que, para él, es muy importante no comer compulsivamente cada vez que recuerda a su hijo fallecido. Manifiesta que si bien tiene miedo de decaer y no poder sostener el tratamiento, va a continuar asistiendo al grupo, ya que éste lo escucha y lo contiene. Así como señalan Garay y colaboradores (2008) y Vaimberg (2012), el grupo alivia la angustia de los pacientes que asisten al mismo, porque allí encuentran un respaldo. En el mismo sentido, otra paciente consultada comenta que, a pesar del dolor que siente por estar atravesando una situación conflictiva con su pareja, agradece al grupo por la ayuda que le brindó, al señalarle la importancia que tiene en su vida poder separar su estado emocional de la comida. Expresa que si bien está muy angustiada por su problema personal, el hecho de asistir al grupo y hacerse cargo de la enfermedad que padece, la tranquiliza y la estimula a seguir adelante, ya que está muy cerca de alcanzar su peso deseado. Plantea sentir falta de control respecto a su situación actual con su pareja y afirma que el grupo la ayuda a darse cuenta que esa falta de control no debe trasladarse al vínculo que establece con la comida. Respecto a estos casos, las coordinadoras refieren que la angustia puede ceder al ritmo del adelgazamiento y afirman que los pacientes, al bajar de peso, lograrán ordenar sus pensamientos y sentimientos.

En los distintos casos mencionados, se pudo observar que más allá de las dificultades percibidas por los pacientes para realizar el tratamiento, el grupo brinda herramientas y técnicas que éstos aplicaron, así como conocimientos que aprendieron y nuevas conductas que incorporaron a sus vidas para poder alcanzar la delgadez. Aprender a dominar la conducta desbordada, es una herramienta fundamental en el tratamiento, ya que logra imponerse con



fuerza ante un entorno que facilita el aumento de peso, coincidiendo con lo expuesto por Ravenna (2010). En el grupo observado, los profesionales trabajan sobre este aspecto y para lograrlo, aportan información, consejo y apoyo a los pacientes, tal como sostiene Facchini (1999).

Uno de los objetivos de los modelos cognitivo-conductuales en mantenimiento de peso ha sido prevenir las recaídas en pacientes que ya habían recibido el alta (De la Vega Morales & Cruz Hernández, 2018; Garay et al., 2008). En este sentido, cabe destacar las palabras de una de las coordinadoras que asegura que en el grupo de descenso, el sujeto elimina los síntomas, pero en el de mantenimiento alcanza la sanidad. Esto significa que no basta con haber bajado de peso, sino que esta etapa es considerada la más difícil porque hay que aprender a sostener de por vida los hábitos adquiridos y los beneficios alcanzados. Lograr un conocimiento interno, además del físico, es lo que va a permitir la sanación.

## **6. Conclusiones**

En el desarrollo del presente trabajo se intentó, en primer lugar, describir el rol del coordinador en el grupo de mantenimiento de peso. Como se ha especificado en el desarrollo, la función del mismo es fundamental para encontrar cohesión entre los miembros, cumpliendo el rol de escucha y también el de contener a las personas que asisten al grupo y que manifiestan diferentes emociones producto del proceso de mantener el peso alcanzado. De esta manera, se establece que la cohesión es relevante para que el grupo trabaje de manera integrada en pos de sus objetivos en común, alcanzando avances más eficaces (Ravenna, 2005; Vinogradov & Yalom, 1996).

En segundo lugar, se planteó la descripción de las intervenciones cognitivo-conductuales de los coordinadores en el grupo de mantenimiento. A partir de lo expuesto al abordar este objetivo, se observó que las intervenciones aplicadas en este grupo son: automonitoreo mediante registro de comidas; y el trabajo en la autoestima, fortalezas y motivación, a través de actividades disparadoras; las cuales son coincidentes con las descritas por el modelo TCC (Bersh, 2006; De la Vega Morales & Cruz Hernández, 2018; Lafuente, 2011). Asimismo, surge de las entrevistas a pacientes que la intervención más destacada de las coordinadoras consiste en la resolución de problemas mediante el diálogo.

En tercer lugar, se analizó la utilidad de los grupos de mantenimiento para pacientes con obesidad, desde la perspectiva de los pacientes y las coordinadoras. Se concluye que los mismos son beneficiosos porque permiten tomar conciencia de los avances y de los riesgos de la enfermedad (Ravenna, 2005), así como también contar con un espacio de desenvolvimiento, de escucha, de expresión, de acompañamiento (Farré Martí, 2004; Ravenna, 2004). Además, se destaca como una de sus principales utilidades la prevención de futuras recaídas (De la Vega Morales & Cruz Hernández, 2018; Garay et al., 2008).

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se pueden señalar varias cuestiones. En primer lugar, se hallaron limitaciones teóricas, por la dificultad de encontrar material bibliográfico acerca del rol de los coordinadores. Las investigaciones encontradas se enfocaban en la psicología social, pero no detallaban el rol de los coordinadores en el enfoque cognitivo-conductual. En segundo lugar, se puede mencionar la cantidad de horas de observación de la pasantía, puesto que bastaron para desarrollar el trabajo, pero a los fines de contar con información más amplia sobre la utilidad del tratamiento, resultaron insuficientes ya que, con mayor seguimiento de los pacientes en el grupo, se podrían obtener resultados más concluyentes acerca del beneficio y los cambios generados en los mismos.

Acerca de los resultados, es primordial considerar la relevancia de los grupos de mantenimiento de peso, ya que se pudo vislumbrar que el proceso individual no resulta tan eficaz como el grupal, en el cual las personas con obesidad, que suelen tener baja autoestima, pueden relacionarse con otros, tener una vida social, involucrarse en su propio problema y en el de los demás. Por otro lado, el rol de los coordinadores y las intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas en este ámbito favorecen la disposición de los pacientes a un mejor tratamiento. Es de considerar también que este enfoque prioriza a un sujeto activo, que se responsabiliza de su dificultad y de la solución de esta.

Respecto de los instrumentos utilizados para el presente trabajo, éstos fueron la observación no participante y entrevistas semidirigidas. Cuando se asistió por primera vez a los grupos, se tuvo cierto reparo con los pacientes, considerando que la presencia de los pasantes los podía incomodar, al sentirse invadidos en la privacidad de un tema tan especial como lo es la adicción que los mismos padecen. Pero luego, con el transcurso de los días, al interactuar con ellos, este pensamiento fue desapareciendo, y más aún, cuando brindaron la posibilidad de entrevistarlos y conocerlos más en profundidad. En las distintas entrevistas

realizadas a los pacientes, se observó la importancia que los mismos le atribuyen al grupo terapéutico. Si bien hacen referencia a la dificultad de llevar a cabo el plan alimentario y a los obstáculos que se les presentan día a día al momento de comer, no dejan de señalar lo importante que es el grupo en el tratamiento de esta enfermedad.

En los grupos de mantenimiento de peso observados, los pacientes comparten sus experiencias satisfactorias e insatisfactorias, con sus compañeros y con los profesionales. Por ello, se educan entre ellos, se prestan apoyo mutuo y alivian el sentimiento de alienación que normalmente sienten, al saber que no están solos en su experiencia de sufrimiento. Debido a los problemas y síntomas similares que padecen, crean lazos emocionales fuertes y desarrollan sus propias características, a las que los mismos pueden atribuir cualidades mágicas de mejoría, recuperando su autoconfianza y responsabilidad. Dicha experiencia de seguridad, apoyo y confianza no sólo facilita que se conecten con su propia experiencia, sino que favorece la sensación de cierto dominio y la valoración de recursos internos o habilidades que faciliten la actitud de afrontamiento. Se observó una unión muy significativa entre los pacientes y los terapeutas (Ravenna, 2004).

Es claro que las asistencias a las terapias de grupo, les proporcionan a los individuos mejoras en su vida personal y en su estado de su salud, como también distintas habilidades para desenvolverse en actividades que anteriormente no podían aplicar. El manejo de la ira, de situaciones estresantes, adquirir habilidades sociales que les permitan establecer nuevas redes de amistad o la mejoría en sus actividades diarias generales, son algunos de los aportes que trae consigo la presencia y asistencia a los grupos terapéuticos. Si bien en los dos grupos se observaron recaídas, los pacientes no dejan de asistir a los mismos, ya que según manifiestan, es más fácil luchar en compañía contra esta enfermedad que hacerlo en soledad. Refieren que al poder hablar de su problemática con la comida, logran sentirse acompañados en búsqueda de una solución. A través de la asistencia a los grupos y luego de haber realizado las entrevistas, se puede decir que más allá de las recaídas que pueden tener los pacientes, aquellos que concurren al grupo terapéutico con más frecuencia, obtienen mayores resultados, manteniendo su peso.

En cuanto a la perspectiva crítica, se concibe que algunos de los pacientes observados sólo contaban con ayuda profesional, pero no con acompañamiento en su hogar, lo cual hace más dificultoso su esfuerzo por adquirir hábitos saludables. En la práctica, se percibió que

los profesionales acompañan a los pacientes del grupo de mantenimiento y ofrecen su contención, pero no se genera el lugar para que se produzca el encuentro entre éstos y su familia. En este sentido, se consideraría apropiado un espacio para que la familia pueda participar, expresar sus ideas y sentimientos al respecto de esta enfermedad que también influye en su dinámica.

De igual manera, los medios publicitarios y las redes sociales suelen transmitir un mensaje donde lo que se privilegia es la imagen, la moda y/o el consumo de comidas rápidas, pero no la salud, por lo cual se considera imprescindible contemplar, mediante campañas educativas, la promoción y prevención de la obesidad. En las mismas, podrían participar los pacientes desde los centros de tratamiento en que se encuentren, como también los alumnos de los diferentes niveles educativos, privilegiando sobre todo la salud y los hábitos que conllevan a la misma.

En relación con la aplicabilidad de esta propuesta, se considera que puede ser el puntapié para otros que continúen, apreciando el aporte de la teoría ofrecida para desglosar la iniciación de los pacientes en el tratamiento, su progreso y la finalización del mismo. Si bien el presente trabajo integra los distintos tipos de intervenciones, aportes y características del proceso terapéutico en los grupos de mantenimiento, otra de las sugerencias sería hacer un estudio comparativo con los grupos de descenso de peso para poder integrar todo el proceso terapéutico de abordaje de la institución. Asimismo, en futuras instigaciones, podría ser factible la inclusión de muestras más numerosas de personas con obesidad que puedan ser más representativas de la población en general y permitan un análisis más preciso de la problemática planteada en el presente trabajo. Nuevas investigaciones podrían centrarse en la influencia de esta enfermedad en la dinámica familiar, la importancia de la contención familiar en el éxito del tratamiento –tanto en grupos de descenso como de mantenimiento de peso, así como también la relevancia de las campañas publicitarias y educativas para favorecer la prevención de la obesidad en nuestro país.

Finalmente, después de lo observado en las reuniones grupales, se considera que es de suma importancia el grupo terapéutico en el tratamiento de la obesidad, ya que provoca resultados favorables en la persona. Por lo tanto, sería interesante abordar estudios sobre el tema en futuras investigaciones. Esto podría significar un aporte valioso, a efectos de elaborar

programas que contemplen este aspecto en el tratamiento de dicha enfermedad con el objetivo de brindarle al paciente la oportunidad de estar mejor.

## 7. Referencias Bibliográficas

- Acuña Lara, J. P., Meza Rodríguez, A., & Torres Zapata, A. E. (2018). Intervención interdisciplinaria (nutricional, de actividad física y psicológica) en el paciente con obesidad de peso normal. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos (Barcelona)*, 22(3), 112-128.
- Asociación Española de Psiquiatría. (2009). *La terapia cognitivo-conductual (TCC)*. Londres: Pearson.
- Ballabriga, A. (2001). *Nutrición en la Infancia y Adolescencia*. Madrid: ERGON S.A.
- Barrera, C. A., Rodríguez, C. A., & Molina, M. A. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 292-299. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41704>
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 537-546.
- Bossellini, L., & Orsini, A. (2002). *Psicología*. Buenos Aires: A-Z editora.
- Braguinsky, J. (1997). *Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Braguinsky, J. (2002). Prevalencia de obesidad en América Latina. *Anales del sistema Sanitario de Navarra*, 25, 109-115.
- Cash, T. (2008). *The body image workbook: un programa de ocho pasos para aprender a gustar de tu apariencia*. California: New Harbinger.

- Cervera, S. B., Campos, N. I., Rojas, R., & Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y política de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146, 397-407.
- Coutinho, W. (1999). Consenso latino-americano de obesidad. *Archivos Brasileños de Endocrinología & Metabología*, 43(1), 21-67.
- Dallia Pria, S., Genazzini, S., & Tamburini, S. (2014). *Presentación de un modelo de tratamiento interdisciplinario en obesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Decarlino, M. F., & Díaz, M. G. (2018). *Tratamiento integral del sobrepeso y obesidad*. Buenos Aires: SAHA.
- De la Vega Morales, R. I., & Cruz 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. doi: <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2541>
- Errandonea, I. (2012). Obesidad y trastorno de alimentación. *Revista Médica Clínica Condes*, 23(2), 165-171.
- Facchini, M. (1999). *Obesidad. Abordaje terapéutico integral. Guía médica de diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires: SAOTA.
- Farré Martí, J. M. (2004). *Enciclopedia de la Psicología, Tomo I*. Barcelona: Océano.
- Garay, C. J., Korman, G. P., & Keegan, E. (2008). Terapia cognitivo-conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 61-72.
- García, E. (2004). ¿En qué consiste el tratamiento interdisciplinario de la obesidad? Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Obesidad, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), 148-151.
- Lafuente, M. D. (2011). Tratamiento cognitivo-conductual de la Obesidad. *Trastorno de la conducta alimentaria*, 14, 1490 - 1509.
- Ley 26.396 - *Prevención y Control de Trastornos Alimentarios*. 3/09/2008. Sistema Argentino de Información Jurídica – SAIJ.
- López, C., Raimann, X., & Gaete, V. (2015). Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico. *Revista Médica Clínica Condes*, 26(1), 24-33.

- Marcitllach, A. A., & Fernández de Gamboa, C. A. (2014). La Terapia de Grupo en un Caso de Obesidad. *Clínica*, 5(1), 41-51.
- Mayo Clinic. (2019). *Terapia cognitivo conductual*. Boletín de salud Mayo Clinic. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/cognitive-behavioral-therapy/about/pac-20384610>
- Mosqueda, C. A. M. & Robles García, R. (2012). Resultados preliminares de un programa de tratamiento integral para la obesidad en niños mexicanos. *Revista mexicana de investigación psicológica*, 4(1), 50-57.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2017). *Obesidad*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2018). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ravenna, M. (2004). *Una delgada línea entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Ravenna, M. (2005). *Una Delgada Línea... entre el Exceso y la Medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Ravenna, M. (2006). *La telaraña adictiva*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Ravenna, M. (2009). *De la A a la Z: el ABC del sobrepeso*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Recalde, M. M. (2005). *Psicología*. Buenos Aires: del Aula Taller.
- Rivadeneira, C., Minici, A., & Dahab, J. (2017). *¿Cómo es un tratamiento cognitivo-conductual?* Buenos Aires: CETECIC. Recuperado de <https://cognitivoconductual.org>
- Rodríguez Doñate, B.; García Llana, H., & de Cos Blanco, A. I. (2010). Presentación de una estrategia interdisciplinaria y de carácter grupal para el tratamiento integral de la obesidad (Programa EGO). *Actividad dietética*, 14(2), 90-95. doi: [https://doi.org/10.1016/51138-0322\(10\)70017-1](https://doi.org/10.1016/51138-0322(10)70017-1)
- Rodríguez-Morán, M., Mendoza-Ávila, E., Cumplido-Fuentes, A., Simental-Mendía, L. E., Rodríguez-Ramírez, G., Sánchez-Lazcano, G. J., Ramírez-Bonilla, P., Cumplido-González, G., Ortiz-Martínez, G., Pinedo-Rodríguez, G. A., Meza-Villa, A., Ortiz-Ramos, A. F., Puerta-Mota, G., & Guerrero-Romero, F. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 68-73.

- Safran, J. y Zinder, U. (1994). *Proceso interpersonal de la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Salas, J., Rubio, M. A., Barbany, M. y Moreno, B. (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.
- Torres, A. (2017). *Terapia cognitivo conductual: ¿qué es y en qué principios se basa?* Barcelona: Psicología y Mente.
- Vaimberg, R. & Lombardo, M. (2012). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Barcelona: OCTAEDRO.
- Villalonga, L., Repetti, M. y Delfante, A. (2008). Tratamiento de obesidad. Abordaje nutricional. *Revista del Hospital Italiano*, 2, 63-70.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1996). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- Williams, M. (2002). *Nutrición para la salud, la condición física y el deporte*. Buenos Aires: Paidotribo.
- Zuluaga Gómez, A. (2008). Competencias esenciales del coordinador de grupos terapéuticos. *Poiésis*, 12, 1-4. doi: <https://doi.org/10.21501/16720945.414>