

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: La relevancia de la motivación en los procesos de adelgazamiento y de mantenimiento de peso

Ana Beatriz Belluzzo de Menezes

Legajo 94925

anabiabelluzzo@hotmail.com

Tutora: Claudia Garber

Buenos Aires, julio de 2021

Índice

1.	Introducción.....	3
2.	Objetivo General.....	3
	2.1.1. Objetivos específicos.....	3
3.	Marco teórico.....	4
	3.1. Obesidad: definiciones y causas.....	4
	3.1.1. Contexto biológico.....	4
	3.1.2. Contexto adictivo.....	8
	3.1.3. Contexto emocional.....	9
	3.1.4. Contexto cultural.....	10
	3.2. Tratamientos para la obesidad.....	11
	3.2.1. Tratamientos en la etapa del descenso.....	11
	3.2.2. Tratamientos en la etapa del mantenimiento.....	12
	3.2.3. Las recaídas.....	12
	3.2.4. Grupos.....	14
	3.3. Motivación.....	16
	3.3.1. Intervenciones en la motivación.....	20
4.	Metodología.....	22
	4.1. Tipo de estudio.....	22
	4.2. Participantes.....	22
	4.3. Instrumentos.....	22
	4.4. Procedimientos.....	22
5.	Desarrollo.....	23
	5.1. Las motivaciones de los pacientes al inicio del tratamiento, cuando llegan a la etapa de mantenimiento y en el reinicio del tratamiento luego de una recaída	23
	5.2. Los factores que afectan la motivación del paciente y las intervenciones de los coordinadores ante la falta de motivación para seguir la dieta.....	29
	5.3. Intervenciones que realizan los profesionales para mantener la motivación de los pacientes que ya están en la etapa de mantenimiento del peso.....	33
6.	Conclusiones.....	37
7.	Referencias.....	41

1. Introducción

Este Trabajo Final Integrador se realiza en una clínica de tratamiento de la obesidad. En esta clínica se crean diversos grupos para el acompañamiento del paciente obeso, además, también cuentan con profesionales que consultan individualmente al paciente en diferentes áreas como la nutrición, el ejercicio físico, la psicoterapia; y también cuentan con un plan de alimentación y viandas adaptadas a la dieta del método que siguen.

La propuesta del presente trabajo es estudiar las motivaciones con las que los pacientes empiezan el tratamiento y cómo estas motivaciones sufren cambios, desde la alteración de la expectativa sobre el final del tratamiento, hasta la desaparición de la motivación misma; y también cómo actúan los profesionales coordinadores para auxiliar en el mantenimiento de la motivación de ellos. Para eso, se asiste a distintos grupos de la clínica, y se observan los discursos y posturas tanto de los pacientes, cuanto de los profesionales de la psicología que coordinan los grupos. Además, se profundiza el tema de la motivación de una manera más individual, por medio de entrevistas semidirigidas con pacientes y coordinadores. Para aportar más informaciones sobre la obesidad y los temas que la rodean, se participa de charlas sobre temas puntuales, dictadas por un psiquiatra de la clínica, que también cuenta con la presencia de algunos pacientes que interactúan con el profesional y brindan informaciones sobre sus experiencias en relación al tema abordado.

2. Objetivos

Objetivo General

Analizar las motivaciones de los pacientes que asisten a una clínica para el descenso de peso en distintas etapas del tratamiento y las intervenciones de los profesionales para mantener la motivación de los pacientes.

2.1 Objetivos Específicos

Objetivo Específico 1

Describir las motivaciones de los pacientes al inicio del tratamiento, cuando llegan a la etapa de mantenimiento y en el reinicio del tratamiento luego de una recaída.

Objetivo Específico 2

Analizar los factores que afectan la motivación del paciente y las intervenciones de los coordinadores ante la falta de motivación para seguir la dieta.

Objetivo Específico 3

Analizar qué intervenciones realizan los profesionales para mantener la motivación de los pacientes que ya están en la etapa de mantenimiento del peso.

3. Marco Teórico

3.1. Obesidad: definiciones y causas

Obesidad es el exceso de grasa corporal que se acumula en el cuerpo cuando hay un desequilibrio entre las calorías ingeridas y las gastadas por el organismo, es decir, cuando la ingesta energética es mayor que la eliminación (Ravenna, 2011). Es un estado en el que influyen varios factores: fisiológicos, genéticos, conductuales, socioeconómicos, individuales y ambientales. La obesidad, así como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y la diabetes, es considerada una Enfermedad Crónica No Transmisible (Ribeiro, 2018). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014), la obesidad no se encuadra como un trastorno mental, pero acompaña diversas psicopatologías, como los trastornos depresivos, bipolares y alimentarios, por mencionar algunos.

La situación del obeso, debido a las repercusiones emocionales, físicas, sociales y fisiológicas que carga, es perjudicial y empeora según el grado de obesidad. Muchos tienen dificultad para moverse, no tienen acceso a ciertos ambientes, sufren humillaciones sociales y luchan contra el patrón estético de la sociedad. Estos obstáculos son disparadores del desarrollo de problemas interpersonales, depresivos y de ansiedad. Estas condiciones del obeso hacen que él quiera cambiar su situación, mirando hacia un estilo más saludable de vida (Dias, Ribeiro, da Costa & Lindoso, 2018). Por lo tanto, para proyectar el mejor plan a seguirse para tratar la obesidad, es relevante entender los múltiples factores que pueden influir en el desarrollo de esta condición.

3.1.1. Contexto biológico

En el campo de la genética, según Quiroga de Michelena (2017), la obesidad es definida en tres tipos caracterizados según su etiología. Son ellos: la obesidad común o

multifactorial; la obesidad monogénica no sindrómica y la obesidad sindrómica. El primer tipo abarca toda la parte de la genética humana que contribuye para la obesidad y que será influenciada por el medio externo, es decir, son factores exógenos actuando sobre una base endógena. Es también llamada obesidad poligénica porque es la estructura genética la que determinará cuán susceptible el individuo será a los estímulos del medio. Un ejemplo fácil de observarse es cuando la mayoría de los miembros de una familia son obesos (factor genético) y aumenta el riesgo de la obesidad por la mala alimentación que tienen y la falta de actividades físicas (medio). Pero aun cuando los parientes no comparten los mismos hábitos alimentarios y de salud, se puede observar que también desarrollan la obesidad con más facilidad, dejando clara la existencia de una influencia genética. El riesgo de desarrollar la obesidad es mayor cuando los padres son obesos, y se intensifica con los hábitos de consumo alimentario no saludables (Martos-Moreno, Serra-Juhé, Pérez-Jurado & Argente, 2017).

El segundo tipo de obesidad, la monogénica no sindrómica, define los casos de obesidad determinados por un gen, por ejemplo, el gen LEP que ocasiona una deficiencia de la hormona leptina, responsable de la sensación de saciedad. La leptina es una hormona que se une a ciertos receptores para actuar en la regulación de la función neuroendócrina, la ingesta y el gasto energético; “esta proteína puede controlar el peso a través de un sistema de retroalimentación que informa cuánta grasa se tiene almacenada” (Zavala Laya, 2008, p. 74), suele ser la protagonista en los estudios fisiológicos de la obesidad. Se la podría estudiar en deficiencia a causa de una alta producción de microRNA (por factor genético) que “cancela” el RNAmensajero que, a su vez, envía el mensaje para la producción de adipocitos - los responsables de sintetizar y secretar leptina. O el opuesto podría suceder: producirse poco microRNA y, por consecuencia, tener muchos adipocitos y leptina (Quiroga de Michelena, 2017). Los adipocitos son células que forman parte del tejido conectivo especializado adiposo y son los responsables del almacenamiento de energía en forma de lípidos. Hay dos tipos de adipocitos. Los de grasa parda (multilocular) poseen dentro de sí varios compartimientos pequeños de grasa; esta disposición de almacenamiento de grasa facilita la liberación más rápida de los lípidos. Por otro lado, se encuentran los de grasa blanca (unilocular), los cuales poseen un solo gran compartimiento de lípidos, haciendo que sea más lenta su liberación. La grasa parda se encuentra en gran cantidad en los recién nacidos, y disminuye naturalmente con el tiempo. Los adultos poseen pocos

adipocitos de grasa parda y muchos de blanca, y cuanto mayor es la obesidad, mayor la cantidad de adipocitos de grasa blanca que se tendrá (Pereira, 2019).

Una situación interesante que comprende la leptina en el caso de la obesidad es el *downregulation*. Se facilita la comprensión de dicho proceso a partir de la siguiente situación: si una persona come compulsivamente, la producción de leptina va a ser grande, mayor que la producción usual para aquella persona, entonces los receptores de las células neuronales del hipotálamo, que son responsables por recibir las señales de la leptina, bloquean al receptor de esta hormona. Luego, la persona, a pesar de estar comiendo, no se siente saciada y sigue comiendo (Quiroga de Michelena, 2017).

Si bien la leptina viene siendo cada vez más estudiada en el ámbito de la obesidad, todavía no se desarrolló un tratamiento efectivo basado en esta hormona que tuviera significancia clínica (Izquierdo, Crujeiras, Casanueva & Carreira, 2019; Laya, 2008).

El último tipo de obesidad, la sindrómica, es la obesidad como síntoma de síndromes genéticos.

Una nueva aproximación al tema de la obesidad dentro del campo de la genética y que viene siendo merecedora de atención es la nutrigenómica. Ésta implica el estudio de la bioactividad de ciertos nutrientes en relación al control del peso. Es un trabajo que pretende comprender cómo ciertos alimentos favorecen la expresión de algunos genes, posibilitando, futuramente, el desarrollo de alimentos funcionales para ayudar en el control de la obesidad, así como permitir la sugerencia de dietas individualizadas según los genes del individuo (Palou, Bonet, Picó & Rodríguez, 2004).

Más allá de la genética, otro factor que influye en la obesidad es el mecanismo de identificación de la saciedad relacionado a algunas hormonas. Así como la leptina, que fue mencionada anteriormente, otra hormona que identifica la saciedad en respuesta al estímulo del alimento es la insulina. La hormona grelina, por otro lado, tiene sus niveles más altos en el ayuno y registra el hambre al detectar el bajo nivel de sustancia energética y la poca concentración de leptina e insulina. Estas tres hormonas envían señales al núcleo ventromedial en el hipotálamo, actuando en el mecanismo de hambre-saciedad (Murai, 2021).

El metabolismo, o sea, la agrupación de las reacciones que ocurren en el organismo humano es regulado por la glándula endócrina tiroides. Esta glándula secreta dos hormonas que equilibran diversas funciones del cuerpo, la triiodotironina (T3) y tiroxina (T4); cuando estas hormonas están desreguladas pueden provocar el hipertireoidismo (cuando hay exceso de estas hormonas) o el hipotireoidismo (cuando hay disminución de la cantidad de las mismas). En el hipertireoidismo, el metabolismo se acelera, mientras que en el hipotireoidismo el metabolismo se enlentece, dejando más lentas, por lo tanto, las funciones que regula -ello incluye la quema de grasa, lo que favorece el aumento de peso (Soares, Barreto, de Sousa, Silva & da Silva Paulo, 2017). La mala nutrición es uno de los varios factores que pueden llevar a la glándula tiroides a la desregulación; un ejemplo es la falta en el organismo del elemento iodo, encontrado en algas, sal y crustáceos. No obstante, no solamente la tiroides determina el metabolismo lento, éste puede ser determinado genéticamente. Un ejemplo es la intolerancia hereditaria a alguna sustancia que hace que su metabolización sea lenta. La edad también es un factor que favorece el cúmulo de grasa corporal, ya que, con el paso de los años, el metabolismo, naturalmente, se vuelve más lento (Marques, Armando, Brandão & Fernandez, 2020).

Además de los mecanismos mencionados, una diferencia biológica significativa en la obesidad es el sexo. Según Martins y Marinho (2003), el riesgo que las mujeres tienen de presentar obesidad es siete veces mayor que los hombres. Esto se debe al hecho de que el exceso de energía en el cuerpo de la mujer es, prioritariamente, guardado en forma de grasa, mientras que en el cuerpo del hombre se hace en forma de proteína (Oliveira, Cerqueira, da Silva Souza & de Oliveira, 2003). Otro mecanismo que varía según cada persona es el mecanismo de adaptación de la metabolización energética explicada por la teoría del *set-point*. La teoría explica que los procesos metabólicos se adaptan, conforme sea necesario, para mantener los depósitos de grasa y el peso corporal. Cuando los individuos están sometidos a una alimentación ultraprocesada y con una palatabilidad que incita el consumo en demasía, este exceso activa los mecanismos que aumentan el gasto calórico, manteniendo, así, el peso corporal estable. Quiénes presentan fallas en este mecanismo de compensación tendrán su peso aumentado, aunque con la misma ingesta calórica, generándose un nuevo *set-point*, un nuevo ajuste del peso, que será más grande. Las personas genéticamente predispuestas a la falla en este mecanismo del *set-point*, con fácil acceso a alimentos

densamente calóricos y con un estilo de vida sedentario, suelen tener un aumento progresivo del peso que se va reajustando para arriba (Moehlecke, 2018).

3.1.2. Contexto adictivo

La actualidad es marcada por una sociedad que consume en exceso y por un vacío interior que se combinan para crear redes adictivas. Estas redes exploran el vacío, la fuga de la realidad, la intolerancia, la insatisfacción y el desequilibrio del hombre, generando un comportamiento adictivo que envuelve la compulsión, dependencia, regularidad y deterioro. Así, se patologiza el vínculo con la comida en cuanto se intenta buscar un placer inmediato, algo para ocultar una insatisfacción interior. Como esta insatisfacción es encubierta por la sustancia central de la adicción en el lugar de ser resuelta, cuando se interrumpe una adicción ésta es sustituida por una adicción nueva; es lo que se llama “transferencia de adicción” (Ravenna, 2011).

Para Ravenna (2011) la obesidad como adicción puede ser mejor comprendida si es clasificada en dos tipos de adicción: las adicciones comportamentales y las adicciones de ingesta. Adicciones comportamentales son las que se refieren a situaciones aditivas, y no, a sustancias. Adicciones de ingesta son las que se refieren, en el caso de la obesidad, a los alimentos que generan gratificación y alteran los neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina, serotonina, produciendo la sensación de bienestar.

Según Mello (2017) hay dos teorías que explican cómo los sistemas de recompensa se alteran en la obesidad: la hiperresponsividad y la hiporresponsividad. En la primera teoría se conceptualiza que, al ponerse en contacto con alimentos muy gratificantes, la persona busca estos alimentos con mayor periodicidad y cantidad. Entonces, la persona, al principio, tiene un aumento de la respuesta de recompensa frente a tales alimentos, pero con el consumo cada vez mayor la respuesta disminuye haciendo que sea necesario aún mayor ingesta de alimentos para alcanzarse, nuevamente, la recompensa de otrora.

La teoría de la hiporresponsividad describe que algunas personas tienen menor sensibilidad para la recompensa. Esto puede deberse al hecho de que las personas obesas tienen menos receptores de dopamina en el cerebro, como fue estudiado por el Instituto Nacional del Abuso de Drogas de los Estados Unidos junto al Instituto Brookhaven en Nueva York, mencionado por Cordero (2012). Frente a esta situación, es

posible que las personas coman más para compensar este déficit, ocasionando alta concentración de dopamina para obtener el mismo nivel de recompensa.

La motivación de los seres humanos para comer es formada en base a procesos cognitivos, sensorio-perceptuales, afectivos y fisiológicos. Y, además de la necesidad nutricional, existe también la palatabilidad (atributo de aquello que es agradable al paladar), y que influye en la búsqueda por comer. Sustancias como sal, azúcar, carbohidratos y grasas saturadas actúan directamente sobre los mecanismos de recompensa y motivación, y cuánto más estresante fuere el medio en que se vive más solicitados serán estos mecanismos (Ravenna, 2011).

Lo que sucede en un comportamiento adictivo es que las personas tienen memorizadas en el cerebro situaciones determinadas que se relacionan a sustancias o conductas que les generaron placer y satisfacción en un momento; y cuando se encuentran en contextos incómodos o estresantes, las personas buscan estas sustancias o comportamientos para obtener placer, como si esta sustancia o conducta sirviera de sostén que, si bien, no soluciona la situación displacentera, ablanda su sensación. Esta búsqueda es sentida por la persona como una necesidad. Es una búsqueda casi obsesiva, que entrama al individuo en su adicción (Ravenna, 2011).

3.1.3. Contexto emocional

La *alimentación emocional* es la ingesta como respuesta a emociones tanto positivas, cuanto negativas, asociadas al entorno o a creencias que vinculan la comida y el cuerpo. La alimentación emocional puede implicar un momento de conmemoración, tal como una tentativa de enfrentar emociones arduas (Faith, Allison & Geliebter, 1997)

Ciertas personas tienden a ser *comedoras emocionales* más que otras. Conforme los autores mencionados anteriormente, esta tendencia aparece principalmente entre quienes poseen restricciones alimentares, así como también entre las personas obesas que tienen compulsiones alimentarias que, cuando se encuentran emocionalmente inestables, exageran aún más en su ingesta.

Es común que los comedores emocionales sientan vergüenza de sus incidentes y que (los obesos principalmente) padezcan de culpa y más emociones negativas después de haber comido. Esto dificulta que se asuman en estos episodios como comedores emocionales y que tales sucesos sean compartidos, de ahí el valor de un cuestionario

como el Cuestionario de Comedor Emocional (CEE) como herramienta para un tratamiento de obesidad que reduzca el comportamiento de la alimentación emocional, sobre todo porque las emociones no solamente influyen en la cantidad de la comida o velocidad de ingesta, sino también en las elecciones del alimento y de los hábitos alimentarios (Garaulet et al., 2012).

La emoción permea las motivaciones e impulsos hacia la comida, y, muchas veces, es el tema central por detrás de una alimentación desmedida, la base constituyente de las pérdidas de control y compulsiones en relación a la comida (Ravenna, 2011).

3.1.4. Contexto cultural

La dinámica alimentaria está compuesta por diversos factores sociales y culturales que influyen en la forma en que nos alimentamos y estos factores actúan de forma indirecta, siendo difícil discernir nuestras elecciones de las influencias externas (Ravenna, 2011).

La alimentación, en su contexto más amplio, abarca productores, industrias e instituciones que son atravesadas por la política en su manera de actuar (Katz et al., 2017). Los productos que serán producidos, los instrumentos que serán utilizados en la producción, la manera como serán puestos a venta, son predeterminados, así como las estrategias de marketing y publicidad que construyen deseos en el consumidor.

Las personas tienen sus elecciones también influenciadas, por ejemplo, por los restaurantes *buffet* o *à la carte*, por el tamaño de los platos en que la comida es servida, así como el tamaño de las porciones, la distribución de los alimentos en los mercados y sus precios (Katz et al., 2017).

Hay hábitos de la sociedad que engloban a todas las personas. Un ejemplo es que la comida casi siempre acompaña cualquier evento, las personas para encontrarse van a cafés, restaurantes, o sirven algo para picar en sus casas. La comida se vuelve una excusa para los momentos de socialización (Katz et al., 2017).

Hay hábitos propios del cotidiano de algunas personas que, por supuesto, no están libres de influencias macro del sistema, como es el caso de las personas que prefieren comprar las comidas preparadas porque no tienen tiempo para cocinar, o las personas que no saben cocinar y optan por alimentos industrializados. Asimismo, y de

una manera micro, las personas son afectadas por la alimentación de quién convive con ellas - padres, pares, amigos - constituyéndose una alimentación por modelado (Medina, Aguilar & Solé-Sedeño, 2014).

3.2. Tratamientos para la obesidad

3.2.1. Tratamientos en la etapa del descenso

El tratamiento para la obesidad, en general, se enfoca en promover una alimentación hipocalórica y la práctica de ejercicios físicos como nuevos hábitos. Para ello, Carrizo (2020) explica un método de adelgazamiento creado y consolidado por Máximo Ravenna que, al principio, sugiere cortar el exceso de comida que se está consumiendo para que, en poco tiempo (aproximadamente dos días) el cuerpo pueda sentir la sensación de saciedad sin necesitar grandes porciones de comida; se rompe con el círculo adictivo hambre-exceso de comida y se regulan los sistemas de recompensa. Se busca en este método, también, estipular un límite de calorías que serán ingeridas, una medida precisa para armarse pequeñas porciones y no volver al círculo vicioso. Además, se establece la cantidad de veces que el paciente comerá por día, para que se mantenga una distancia entre las comidas. En cuanto a los ejercicios físicos, estos deben ser adaptados al paciente para que no le molesten, generen dolores, sean incómodos o riesgosos, y, al mismo tiempo, que sean actividades placenteras de las cuales pueda disfrutar y lograr continuidad en la actividad.

Los fármacos y cirugías raramente son suficientes para el tratamiento de la obesidad. Los pacientes que no pasan por un cambio del estilo de vida recaen en la obesidad, e incluso pueden tener que lidiar con efectos negativos derivados del fármaco o de la cirugía (Ravenna, 2011).

Para cambiar un hábito perjudicial es necesario entender cómo él es sostenido. Un mecanismo que está presente en los dependientes y adictos es el autoengaño (Ravenna, 2011), o sea, la ausencia de relación entre lo que el paciente cuenta que hace y lo que hace de hecho, reflejado en los resultados del tratamiento (Saiz, Figuero, Fuentes, del Campo & Granda, 2009). El autoengaño está rodeado de comportamientos defensivos o mecanismos de defensa, artimañas que alejan los individuos de sus sentimientos y de la realidad. Por lo tanto, otro aspecto fundamental del tratamiento de la obesidad, que se inicia en la etapa del descenso de peso, es el acompañamiento psicológico que permite la elaboración de las cuestiones emocionales y cognitivas

fundantes del vínculo de la persona con la comida y que le impide huir de su condición. Además, muchos de los tratamientos para la obesidad suelen hacer uso de la Teoría Cognitiva-conductual, que trabaja los comportamientos y la disciplina de manera objetiva, utilizando herramientas de motivación y de cambio de conductas y pensamientos (de Macêdo, da Costa, de Andrade & Ferreira, 2020).

3.2.2. Tratamientos en la etapa del mantenimiento

Quienes están en la etapa del mantenimiento reestructuran su forma de alimentarse: ya no necesitan porciones tan pequeñas para adelgazar y tienen que crear un nuevo menú adecuado a su nuevo estilo de vida, lo que muchas veces puede llevar nuevamente a un exceso de la comida (Ravenna, 2011). Cuando se alcanza el cambio, y se pasa de paciente gordo a paciente flaco (visto que, el tratamiento no finaliza cuando se alcanza el peso sugerido que uno debe tener), se enfoca en la prevención de recaídas, evitando situaciones peligrosas y sustentando la atención y la energía de esta nueva persona.

Los tratamientos suelen unir las modalidades de acompañamiento individual y grupal, y según Marcon et al. (2017), la motivación para el tratamiento se apoya de manera muy significativa al modelo de terapia grupal.

3.2.3. Grupos

De manera general, los grupos pueden ser divididos en dos tipos. Zimerman y Osorio (1997), diferencian los grupos operativos de los grupos psicoterapéuticos. El primer tipo categoriza a los grupos que pretenden operar sobre una tarea específica, orientados, aunque en contextos diferentes, hacia el aprendizaje, y pueden ser divididos en grupos comunitarios, grupos de enseñanza-aprendizaje, institucionales o grupos terapéuticos. Los grupos psicoterapéuticos son psicoterapias estructuradas en forma grupal, o sea, tienen un fin terapéutico, como eliminar síntomas, tratar patologías, autoconocimiento, etc. Según los mismos autores citado en Pereira (2013), un grupo operativo puede ser considerado psicoterapéutico cuando tiene un fin de curación.

Las grupoterapias se basan en cuatro modelos principales que pueden ser combinados entre sí: el psicodrama, el psicoanálisis, la corriente sistémica y la corriente cognitivo-conductual (Zimerman & Osorio, 1997).

Brevemente, la terapia grupal psicodramática sostiene la idea de que la dramatización o escenificación contiene propiedades terapéuticas por permitir la reconstitución de los estadios evolutivos del individuo, el reconocimiento de sí tras “mirarse de afuera” y espejarse en una representación, colocarse en el lugar del otro, desarrollando consideración por los demás, y por proponer un estado final de catarsis. El modelo de grupo psicoanalítico, aunque pueda basarse en diferentes escuelas del psicoanálisis, trabaja sobre la génesis del psiquismo y su funcionamiento, se dedica a estudiar los fenómenos provenientes del inconsciente dinámico. La corriente sistémica prioriza que el grupo funcione como un sistema, en el que hay constantes interacciones entre los miembros asentadas en los roles atribuidos a ellos; el grupo conforma un conjunto unificado y cualquier modificación en una de sus partes, afectará las otras partes y al sistema como un todo. Finalmente, la corriente cognitivo-conductual representa el concepto de que los individuos procesan informaciones devenidas de estímulos y crean, con base en eso, sus valoraciones y percepciones. En esta corriente, se analizan las expectativas que tienen los sujetos, cómo califican sus valores, cuáles son sus creencias y cómo ellas influyen sus actos. El grupo terapéutico cognitivo-conductual denota tres elementos cruciales para la práctica grupal: la reeducación de concepciones equivocadas, el entrenamiento de destrezas comportamentales y una modificación en la manera de vivir (Zimmerman & Osorio, 1997).

Siguiendo a los mismos autores, cualquier grupo, independientemente de sus abordajes teórico-prácticos, posee características esenciales que lo conforman y organizan. El encuadre es el conjunto de normas y reglas que deben ser preservadas en el grupo para mantener su orden. Se estipulan las relaciones jerárquicas para determinar límites; se construye un “hogar” para generar un espacio de contención. También es importante que el grupo proporcione la posibilidad de que haya modelos de identificación para modelarse formas de considerar emociones, relacionarse, comunicarse, razonar. En este caso, tanto el terapeuta como los pacientes sirven de modelos para los otros. El comportamiento imitativo puede, por más efímero que sea, sacar al individuo del estado en que se encuentra, para que él pueda moverse hacia un nuevo camino adaptativo (Yalom, 2006).

En el ambiente del grupo se crea un intercambio de experiencias y se estimula la participación de las personas, aunque sea como oyentes, para que puedan identificarse, desidentificarse, y, nuevamente, construir nuevas identidades acordes al objetivo de la

terapia (Zimmerman & Osorio, 1997). La presencia de personas que comparten la misma situación y que se apoyan mutuamente genera un sentimiento de pertenencia y una cohesión que mantienen al paciente enfocado en su objetivo, además de, contrario a las terapias individuales, promover la sociabilización y la interacción entre los miembros del grupo, conformando relaciones de confianza y respeto, lo que auxilia en la comunicación y en la motivación. Según Yalom (2006), es frecuente que los pacientes estén más receptivos a observaciones de otros pacientes que de los terapeutas. El mismo autor habla del altruismo que se conforma en las relaciones entre los pacientes del grupo. Explica que muchos pacientes al empezar la terapia se sienten vacíos de valores, sienten que no tienen nada que agregar a los otros pacientes, y cuenta que la experiencia grupal permite que se sientan útiles para otras personas. Esta oportunidad de beneficiar a otros aumenta la autoestima de los individuos.

En estos grupos, tanto los pacientes como los profesionales que los coordinan, juntos intentan buscar maneras de lidiar con las situaciones incómodas y factores de riesgo. Además, contar con una red de apoyo familiar, de amigos y de diferentes profesionales auxilia el proceso de enfrentar el tratamiento (Ribeiro, 2018).

3.2.4. Las recaídas

La recaída es la falta de adhesión del paciente al estilo de vida que se propuso a seguir. Es cuando una persona que estuvo por cierto período manteniendo una conducta adecuada al tratamiento, vuelve a la conducta anterior que deseaba abandonar. En el caso de la obesidad se puede hablar de retornar al consumo de ciertos alimentos que no están inseridos en la rutina alimentaria que el paciente está siguiendo, o a consumir alimentos de forma compulsiva y excesiva o, aún, a conductas sedentarias sin actividad física. Es estimada por el sujeto como una falla por no haber logrado seguir la alimentación prescrita y las demás recomendaciones para su adelgazamiento y, posteriormente, la manutención de su peso. Hay algunos determinantes de las recaídas que dificultan la conformidad del individuo con su tratamiento de recuperación; factores intrapersonales como estados emocionales, motivación, percepción de autoeficacia y expectativas, y factores interpersonales como la convivencia con otras personas, la sociabilización y los aspectos ambientales son desencadenantes de las recaídas (Galvão & de Menezes Soares, 2017; Santos, 2020).

Por su etiología multifactorial, de acuerdo con San Vicente (2020), la obesidad posee alto nivel de recaídas, reincidencias y fracasos; entonces, para un mejor y más efectivo tratamiento, la motivación se hace muy importante. Parte significativa de los casos de abandono del tratamiento o de recaídas relatados por pacientes, se deben a la desmotivación y desesperanza en los resultados y en sus propias capacidades.

Es común que, durante el proceso de adelgazar o mantener su peso, el esfuerzo decaiga, por lo tanto, es importante dedicarse igualmente a la prevención de recaídas en los tratamientos. Según Carramiñana (2016, como se citó en Martínez García, 2019), el modelo de Marlatt y Gordon presenta tres principales actuaciones para que se prevengan las recaídas. La primera se refiere a capacitar a la persona en habilidades que le permitan ser asertiva, controlar el estrés y la ira, tranquilizarse, comunicarse y resolver conflictos; en este caso, se trabaja sobre la compulsión, se intenta disminuir la ansiedad, euforia, o cualquier disparador de una ingesta fuera del control. La segunda actuación alude a la reestructuración cognitiva para entrenar la identificación y anticipación de situaciones de riesgo que surgen, y controlar tentaciones; para eso, se trabaja el auto-registro, técnicas de distracción, técnicas de imaginación para sustituir pensamientos negativos por positivos y *tarjetas-flash* (tarjetas con información útil para cuando uno se encuentre en situación de riesgo y necesite acordarse de alguna herramienta). Además, se identifican cuáles alimentos pueden ser más tentadores, cómo evitarlos y desviarse de ellos. La última actuación propuesta en este modelo es el reequilibrio del estilo de vida, en que se elaboran actividades alternativas para suplantar la actividad adictiva de la cual pretende salir el sujeto; se promueven técnicas de salud, tales como la meditación, ejercicios físicos y el mindfulness, -este último propuesto por Bowen, Chawla y Marlatt (2013)-, para manejar la búsqueda y el anhelo por la comida.

En suma, las actuaciones mencionadas del Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon apuntan a que los individuos que están en tratamiento desarrollen habilidades de afrontamiento para pasar por las situaciones de riesgo sin sucumbir a las ganas de consumir. Además, prevenir recaídas también incide en la motivación, pues cuando una persona enfrenta exitosamente una situación de riesgo, percibe este éxito como la habilidad de control, visualizando la expectativa de éxitos futuros. En la medida en que se mantenga la abstinencia de las comidas que no se deben comer, la percepción de control aumenta, también aumentando la autoeficacia del sujeto en su tratamiento, impactando en la solidez de la motivación (Guilabert Lozano, 2020).

3.3. Motivación

La motivación es descrita como fuerzas internas del ser humano que confluyen para impulsarlo a alcanzar un determinado propósito, y que determinan el grado de enfrentamiento de los obstáculos que encontrará y cuán persistente será frente a dificultades. Cuanto más motivado esté el sujeto, más determinado él estará para llegar a su meta (Alves, da Silva & de Oliveira, 2017).

La motivación es esencial para el cambio de comportamiento. Por ello mismo algunos autores utilizan el término motivación de cambio en sus trabajos. Prochaska, Di Clemente y Norcross, en su Modelo Transteórico, definieron la motivación de cambio como un proceso de cambio y desarrollo dinámico que permite el enfrentamiento de adicciones a partir de cinco *estadios de cambio* que permiten identificar en qué momento de cambio se encuentra una persona, para que se pueda planificar la mejor intervención y promover la motivación. Estos estadios son: la *precontemplación*, cuando las personas identifican el sobrepeso, pero no identifican un riesgo y, por lo tanto, no pretenden cambiar; la *contemplación*, cuando las personas empiezan a notar insatisfacciones debido a su sobrepeso; la *preparación*, donde se busca un profesional y se arman planes para empezar a cambiar sus hábitos; la *acción*, donde ya se sigue una alimentación hipocalórica y ejercicios físicos para regular la ingesta de calorías con el gasto de las mismas; y, por fin, el *mantenimiento*, donde se encuentran las personas que ya alcanzaron su peso saludable y que deben mantenerse con los cuidados y acciones que sostengan su condición conquistada (Ruiz & Maldonado, 2018).

Cuando hay recaídas el paciente suele volver a los estadios de contemplación o preparación (Garnica, 2017). Es importante para el tratamiento, focalizar en qué estadio estará la persona para que se pueda intervenir de la manera adecuada.

Miller y Rollnick describen la motivación de cambio como condición de disponibilidad al cambio o deseo de cambiar continuo y dinámico, que varía según el momento; puede ser influenciada por factores internos y externos (Delgado Huaman, 2021).

Albert Bandura (1989), en su Teoría Cognitiva Social, explica que el ambiente, el comportamiento y las características personales se influyen mutuamente. Considera que el ser humano es un agente capaz de controlar ciertos aspectos de su vida, pero no es un sujeto plenamente autónomo, también es dependiente de las influencias de su

medio. En este contexto de dimensiones interactuantes, la motivación es pensada como comportamientos elegidos y llevados a cabo para alcanzar una meta, al mismo tiempo en que se relaciona a dos aspectos: las expectativas de resultados y las creencias de autoeficacia (Campos, Meller & Monteiro, 2019). El primer aspecto se relaciona a un mecanismo de anticipación que regula la motivación y la acción basado en la habilidad de visualizar un resultado deseado por medio de ciertas conductas prospectivas, es decir, la habilidad para comprender que algunas conductas son eficaces para conseguirse ciertas metas (Bandura, 1989). El segundo aspecto explica cómo la persona se percibe capaz de ejecutar las conductas a las que se propone, y lograr lo que quiere (Bandura, 1997).

Para Barrera (2010), las convicciones de autoeficacia son importantes constituyentes de la motivación humana, porque cuánto más fuerte es la certidumbre sobre su eficacia personal, mayor será la certeza de que la persona posee los recursos necesarios para llegar a sus objetivos, consecuentemente, mayor es su empeño y persistencia frente a las dificultades. Según Bandura (1997) aquellos pacientes que dudan de su propia eficacia, tienden a abandonar el tratamiento, aunque estén bajando la misma cantidad de kilos que los que permanecen.

El tema de las motivaciones extrínseca e intrínseca fue trabajado por los conductistas, y, según éstos, se puede comprender la motivación como un sinónimo de condicionamiento. Las respuestas comportamentales de los individuos son predichas por estímulos. La motivación extrínseca se refiere a un estímulo externo que incita el cambio de un comportamiento. Conlleva la idea de que cuando una acción es recompensada externamente, ella se vuelve más frecuente, y al castigarla, su frecuencia disminuye (Moraes, 2017).

Por otro lado, la motivación intrínseca es una fuerza interior que se relaciona al deseo de la persona y la impulsa a la acción. Acorde a Bergamini (1997, como se citó en Moraes, 2016), estas fuerzas intrínsecas son representadas por determinadas conductas de las personas destinadas a reestablecer su equilibrio; se entiende por desequilibrio las condiciones psicológicas u orgánicas de los sujetos que los hacen buscar aquello que podría satisfacer sus necesidades del momento. Cuanto más grande fuere la necesidad, más grande será la motivación presente, igualando necesidad a motivación (Lessa, 1999, como se citó en Moraes, 2016). El hecho de que una necesidad sea satisfecha, no implica la detención de las acciones de la persona, más bien el contrario, esta

satisfacción hace que otra necesidad se presente, iniciando una nueva búsqueda hacia otro objeto motivacional (Moraes, 2016). Es sobre este proceso que se pueden observar las metas cambiantes y los nuevos objetivos de los pacientes obesos a lo largo del tratamiento.

Weiner (1971), en su teoría de la Atribución Causal, considera la capacidad del ser humano de reflexionar sobre experiencias pasadas para guiar sus conductas futuras como uno de los principales núcleos del proceso de motivación humana. Buscar las causas de los acontecimientos proporcionaría mayor entendimiento y control de la realidad. Entonces, la teoría de la atribución causal explica las causas que las personas atribuyen a sus fracasos y a sus éxitos. Para analizar cómo realizan tales atribuciones, se hace uso de tres dimensiones que se relacionan con las emociones, conductas y creencias de las personas; son ellas el *locus* de causalidad, la estabilidad y la controlabilidad (Weiner, 1985).

El *locus* de causalidad explica si la persona considera que el hecho se debió a una causa interna o externa. Los factores internos abarcan la personalidad, el esfuerzo, habilidad, memoria. Por otro lado, los factores externos abarcan la suerte, las conductas ajenas, situaciones del medio, entre otras causas que son independientes de la persona misma.

La estabilidad (vs. inestabilidad) muestra si las causas de algún suceso son atribuidas como frecuentes o si varían. Si un suceso ocurre con regularidad, las causas son consideradas estables.

La controlabilidad expresa el nivel de control intencional que la persona cree tener sobre la causa, y, por lo tanto, influye en la capacidad que piensa poseer para cambiarla.

En 1978, Abranson, Seligman y Teasdale propusieron una cuarta dimensión para la teoría de la atribución, la dimensión de la globalidad (vs. especificidad). En el año 2000, el propio Weiner rechazó a esta dimensión, pero ella continuó presente en trabajos de otros autores (Depping & Mandryk, 2017). La globalidad, entonces, puntualiza si la causa para el acontecimiento se relaciona con diversos aspectos de la vida de la persona y el mismo resultado obtenido en determinada circunstancia puede ser esperado en otras, o si, por el contrario, es una causa aplicable específicamente a aquella situación en cuestión.

Una atribución del éxito en algún tratamiento o alguna tarea a factores internos como la capacidad, la constancia y el esfuerzo, influye en el desarrollo de la motivación intrínseca y en el deseo de cambiar (Berruga, 2020).

Así como la Teoría de la Autoeficacia, la Teoría de la Atribución Causal contempla como más importante en el comportamiento humano una base subjetiva (representaciones, creencias y conocimientos) que un basamento en una realidad objetiva. De hecho, Weiner (1985) afirma que las tres dimensiones que propone actúan sobre una vasta cantidad de experiencias emocionales.

Según Ribeiro (2018), las motivaciones extrínsecas suelen generar conductas que perduran poco a lo largo del tiempo, mientras que las motivaciones intrínsecas suelen producir conductas duraderas con el mantenimiento deseado. Así, el estímulo de la motivación intrínseca parecería ser la meta de la intervención en la motivación para lograr el mantenimiento de las acciones aprendidas en un tratamiento.

Según la Teoría de la Autodeterminación creada por Deci y Ryan (1975/1981), la motivación tiene un espectro que empieza en la amotivación, en que no se pretende un cambio y se tiene baja percepción de competencia) y llega hasta la motivación intrínseca, pasando por cuatro otros estadios, son ellos: la regulación externa (recompensas externas como estímulos para alguna acción), la regulación introyectada (la persona necesita la aprobación ajena, o se siente culpada internamente), la regulación identificada (se concientiza de la importancia de la acción y de su propia responsabilidad para con ella), y la regulación integrada (establecimiento de prioridades y coherencia entre lo que se dice y se hace). Finalmente, en la motivación intrínseca se pretende que haya un disfrute de la actividad ejecutada que permita que se aprehenda un nuevo comportamiento satisfactorio (Prudencio, da Silva, Fernandes & Bittencourt, 2020; Ribeiro, 2018). Estos estadios auxilian a los profesionales en la comprensión de las motivaciones del paciente para poder actuar. Si el paciente todavía está en el primer estadio y necesita recompensas externas para empezar a cambiar su conducta, no servirá que el profesional desarrolle reflexiones sobre deseos interiores en el paciente. El paciente necesita trabajar y resolver las ambivalencias que lo condicionan, para entonces, aumentar sus motivaciones intrínsecas. Cada estadio determina el tipo de intervención que el paciente necesitará hasta que llegue a la comprensión interna de sus motivos (Mestre, 2010).

3.3.1. Intervenciones en la motivación

El cambio de vida debe partir desde la persona, es un movimiento que empieza internamente, mientras otras personas apenas brindan auxilio y apoyan el despertar de este movimiento interno. Para eso, se usan herramientas que incentiven al cambio. Una de ellas es la Entrevista Motivacional (EM), publicada por primera vez en 1985 por William Miller y Stephen Rollnick. La EM es una especie de conversación colaboradora que fortalece el compromiso y la motivación del paciente; explora y resuelve ambivalencias presentes en la vida del sujeto, siempre coherente a las creencias, valores y deseos que posee. Puede ser realizada en grupo o individualmente (San Vicente, 2020).

Sobre los que todavía están en el proceso de adelgazar, muchos tienen sus motivaciones disminuidas luego de una falla en seguir la alimentación prescrita o un desliz en el tratamiento; cuando perciben que tuvieron un aumento de peso, se vuelven menos esperanzados, y nuevamente, se encuentran en medio de tensiones que son “resueltas” por medio de comer excesivamente. Aquí, vale resaltar las características impulsivas en las personas; características éstas como la excitabilidad, la desorganización, la baja tolerancia, acción sin reflexión, urgencia, entre otras, que dificultan la imposición de límites por parte de la persona y la encaminan a conductas desenfundadas, enseguida a la falla, y luego, a una motivación disminuida (Ravenna, 2013).

Quienes se encuentran en la etapa de mantener su peso, sucede que pueden haber cambiado su cuerpo, pero no haber cambiado totalmente su percepción de consumo, como expresa Gallegos (2018). Por lo tanto, frente a situaciones de estrés y ansiedad cotidianos, vuelven a mirar la comida como una recompensa o un apaciguador de las tensiones, cayendo de vuelta al descontrol alimentario.

Los profesionales encargados de intervenir en la motivación de los pacientes en tratamiento de la obesidad, destinándose a aumentar o despertar la motivación intrínseca, deben suscitar reflexiones sobre cambios fundamentales en el estilo de vida de los individuos y hacerlos darse cuenta de sus razones para tal cambio (Faustino-Silva, Jung & La Porta, 2019).

Al inicio de un tratamiento es importante verificar cuán verdadera es la intención del paciente. Muchas veces la persona verbaliza querer cambiar, pero, de una manera

menos consciente, se cuestiona si realmente es eso lo que quiere. Se trabajan los argumentos que el paciente trae al tratamiento, explicando por qué quiere cambiar, cuáles son las ventajas y desventajas de seguir con las conductas que tiene, y cuáles son las ventajas y desventajas de adquirir conductas nuevas. Elaborar las ambivalencias que trae el individuo permite tomar decisiones más rígidas en dirección al cambio, sentirse con más control sobre sus conductas y disminuir las probabilidades de recaída. En el inicio del tratamiento es común que los pacientes empiecen con un entusiasmo que nutra la idea de que irán comprometiéndose pero, con el paso del tiempo y debido a las dificultades que surgen en el tratamiento, la motivación inicial disminuye junto con el compromiso, y así ocurren las recaídas (generalmente, en las primeras semanas del tratamiento). Es muy importante en este período inicial, que los profesionales tengan el trabajo de recordar los pacientes de sus motivos, reiterando sus objetivos y planes estipulados, además de mostrar el compromiso del profesional para con el paciente (Cebrià, Bosch & Borrell, 2008).

Cuando el paciente se encuentra en mantenimiento, la motivación puede encontrarse disminuida. Al respecto, Gallegos (2018) menciona que la baja de la motivación puede relacionarse con cierta monotonía implicada en esta etapa del tratamiento. Muchas veces el sujeto se prende al plan alimentario que le generó efectos positivos en el tratamiento y no varía su alimentación; lo mismo puede suceder con otras actividades rutinarias, creando una sensación de estabilidad que al sujeto le apaga el entusiasmo que tenía.

Es importante, para evitar recaídas, que se proporcione un espacio contenedor de las angustias del paciente, en que él pueda expresar lo que siente, y, escuchar las frases auto motivacionales que le salen en voz alta: “no me lo merezco”, “yo puedo lograrlo”, “no aguanto más seguir así”. Es en este momento que la motivación intrínseca provee sostén a la persona para que pueda controlarse y no sucumbir a impulsos y hábitos de antes. “Mantener la conducta implica necesariamente reactivar continuamente la motivación, para que el individuo persista en el empeño sin bajar la guardia, a pesar del malestar que experimente” (Cebrià et al., 2008, p.5). Así como al inicio del tratamiento, repensar el pasado, imaginarse en el futuro, indagar valores y aclarar sentimientos, son ejercicios que ayudan a afirmar y reanimar la motivación.

4. Metodología

Tipo de estudio

Estudio de caso, descriptivo.

Participantes

Participaron personas que frecuentan la misma clínica para el tratamiento de obesidad. Las entrevistas contaron con cinco participantes, un hombre y cuatro mujeres, mayores de edad, y se distribuyeron entre: quiénes recién empezaron el tratamiento en la clínica; quiénes están hace un tiempo en el tratamiento de adelgazamiento; quiénes están en el tratamiento de mantenimiento; y el profesional de la institución que coordina los grupos. Tal profesional fue una psicóloga, psicoanalista, que actualmente se dedica a la teoría cognitivo-conductual, y se capacitó en la clínica misma para poder coordinar los grupos tanto de adelgazamiento, cuanto de mantenimiento. Todos los coordinadores de la institución coordinan más de un grupo, por lo tanto, trabajan tanto con pacientes en mantenimiento cuanto con pacientes en etapa de adelgazamiento.

Instrumentos

Se contó con la observación participante de los encuentros grupales en la clínica, en los que se pudo contemplar relatos de los pacientes así como los discursos de los profesionales. Se observaron tres grupos distintos: dos grupos CLAVE (Controle Límite de Adelgazamiento Veloz), que cuentan con más de cien participantes que, más allá de participar en los días de la semana, se reúnen en este grupo los sábados y domingos; y un grupo de adelgazamiento que cuenta con, aproximadamente, veinte personas que se reúnen una vez por semana. Por más que los grupos se enfoquen en el adelgazamiento, todos cuentan con personas que están en la etapa de mantenimiento, volviéndolos, así, en grupos mixtos. Además, los pacientes suelen participar de varios grupos al mismo tiempo.

Se hicieron entrevistas semidirigidas a cuatro pacientes. Además, se entrevistó también una profesional de la clínica. Para los pacientes, las entrevistas se sostuvieron en los siguientes ejes: qué los incentivó a empezar el tratamiento; qué expectativas tenían para el final del tratamiento cuando empezaron; si las expectativas siguen siendo las mismas o cambiaron para quienes ya están hace un tiempo en el tratamiento; por qué dejaron a la clínica, si lo hicieron, y por qué volvieron; qué pasa cuando no se sienten

motivados, en qué situaciones esto ocurre y qué hacen para motivarse; cómo mantenerse motivados cuando están en mantenimiento de peso. La entrevista con la profesional tuvo los siguientes ejes como base: qué motiva al paciente a empezar el tratamiento; qué expectativas tienen los pacientes y si son realistas y compatibles con el tratamiento; si la falla en la motivación se relaciona con la falla en el tratamiento y con el abandono de éste; si se nota un cambio en las motivaciones a lo largo del tratamiento como forma de incentivo a mantenerse en la clínica; qué se hace con pacientes que se desmotivaron y cómo motivarlos; cómo mantener motivados a los que están en mantenimiento de peso.

Procedimiento

El Trabajo Final de Integración se realizó en una clínica que promueve tratamientos para el adelgazamiento y el mantenimiento del peso. Se mantuvo contacto con la coordinación de la institución para determinar quiénes serían los entrevistados, elegidos por la coordinadora misma. Éstos fueron contactados para combinar los días de las entrevistas. Las observaciones acontecieron tres veces por semana, cada una con duración de una hora y media, durante tres meses. Las entrevistas fueron hechas por medio de la misma plataforma virtual de comunicación que fue utilizada para los encuentros virtuales de los grupos, de manera particular y privada, y tuvieron duración de media hora, aproximadamente. Ha sido una entrevista por persona, totalizando 5 entrevistas para este trabajo.

5. Desarrollo

5.1. Las motivaciones de los pacientes al inicio del tratamiento, cuando llegan a la etapa de mantenimiento y en el reinicio del tratamiento luego de una recaída

La motivación es el elemento inicial del proceso de adelgazamiento. Así como describieron Rollnick y Miller (Delgado Huaman, 2021), es la disponibilidad para cambiar. A partir de la motivación inicial, una persona puede dar el primer paso en la búsqueda por ayuda profesional y comprometerse con un tratamiento que proponga la pérdida de peso, y su mantenimiento.

Como se ve en las entrevistas con los pacientes, existen diferentes motivaciones entre las personas que pretenden iniciar un tratamiento para la obesidad. Es relevante que la motivación inicial sea tan propulsora cuanto las motivaciones que surgen a lo

largo del tratamiento e, incluso, que la meta misma; la coordinadora entrevistada habla de motivos urgentes. Son estos primeros motivos los que llevan la persona a empezar un tratamiento con entusiasmo y confianza, como expresen Cebrià et al. (2008), ya que todavía estos nuevos pacientes no tuvieron contacto con las dificultades del tratamiento y no reincidieron. Aun así, cada cual tiene sus motivos, lo que ellos realmente son y significan para la persona se vuelve la motivación personal de un paciente, o sea, son las razones personales que actúan como una fuerza interna que mueve a la persona hacia el tratamiento.

Se observa, a continuación, cuáles son las motivaciones en diferentes etapas del tratamiento de un paciente entrevistado, y qué pueden representar para él estas motivaciones:

“Tengo 52 años, como a los 38, 40 engordé 25 kilos, otros 5... De 5 kilos en 5 kilos fui aumentando mucho, hasta que llegué como a 30 kilos de más. [...] En esta cuarentena como que te relajás, y un día subí a la balanza y estaba llegando casi a cien kilos y eso fue lo que, digamos, me hizo el clic, ver que en cualquier momento pisaba los 100 kilos. [...] Tengo que aprender a comer como la gente. O sea, hay una fiesta, bueno, hay la comida, y ahora uno está enfocado en lo que va a poner o en el homenajeado, no sé, está enfocado en otra cosa. Eso ya era lo que yo pretendía, comer las cosas que me gustan, pero de una forma disfrutándola o eligiendo, diciendo ‘me siento y lo como’. Y no, de tanto no querer, de tanto miedo, me iba a dormir pensando ‘comí mucho’, ‘¿por qué comí?’, ‘hoy no como’. [...] que todo se trate de eso, comer y no querer comer. Es todo un círculo del que no podía salir. Algo no me dejaba salir del rollo que me había armado. [...] Encontré también en los grupos como unos momentos que me sirven para mí y de paso para mantener esto que ahora me hace bien.”

Considerando que el paciente relata que empezó a aumentar bastante su peso hace más de diez años, antes que empezara en la clínica, se puede inferir que por años se encontró en los estadios de precontemplación y contemplación hasta que llegara al estadio de la preparación, dando el primer paso hacia la búsqueda por un tratamiento (Ruiz & Maldonado, 2018). La motivación inicial fue la percepción de que estaba por llegar en un peso demasiado alto para él, un peso que considera inaceptable. A lo largo del tratamiento, fue dándose cuenta de que tenía miedo a las recaídas, a comer demasiado, miedo a arrepentirse. Se puede notar por medio de esta consideración, hecha

por el paciente, que su obesidad presenta una falta de control en relación al comer, comparte la misma culpa que los comedores emocionales (Garaulet et al., 2012). Este miedo al descontrol también es un motivador asociado al deseo de abandonar este círculo vicioso que ha mencionado. El paciente todavía se encuentra en la etapa de descenso.

En la paciente siguiente se pueden notar motivaciones diferentes:

“Yo creo que mi motivo inicial era estético. [...] Ahora mi objetivo es más que nada la cabeza. [...] Siempre mantuve el peso más o menos saludable, pero cuando tengo un problema personal, por lo general, de salud en la familia, como... El año pasado mi hermana estuvo muy mal hasta que se murió, yo en esos dos meses que a ella le cayó muchísimo, me puse casi 20 kilos. Son cosas que ya no quiero más, hay que trabajar la cabeza. [...] Lo más puntual y que estoy trabajando es que soy comedora nocturna. Me levanto todas las noches. Ahora no como, pero desde que era chiquita nunca dormí toda la noche de corrido. En algún momento eso se transformó en comer, levantarme a comer, ya de adulta, de adolescente, no. Lo que busco es eso, lograr que, si me tengo que despertar a la noche me despierto, pero que no coma porque no tengo control a la noche. Ese es mi principal objetivo.”

La motivación de esta paciente empezó por una cuestión estética y se mantuvo hasta la etapa de mantenimiento. Ya con el peso que le es adecuado, (en la clínica se utilizan los términos “piso” y “techo”, o sea, el rango de peso en que el paciente tiene que estar para considerarse con un peso saludable, techo es el peso máximo y piso el peso mínimo del rango), en la etapa de mantenimiento, la paciente también se da cuenta del hábito de comedora emocional (Garaulet et al., 2012), así como el paciente anterior, y afirma que tiene que “trabajar la cabeza”. Pero además de estas recaídas por cuestiones emotivas, la paciente cuenta de la adicción comportamental (Ravenna, 2011) que fue conformando a lo largo de su vida, generándole una conducta de comedora nocturna, como nombra ella misma. Esta especificidad que tiene la paciente, el hábito de despertarse y comer, le genera una motivación más específica que es abandonar esta conducta propiamente dicha. La paciente demuestra que hay algunas motivaciones en su tratamiento actualmente, además de la estética; quiere dejar de ser una comedora emocional, trabajar su control frente a emociones fuertes, y, también, abandonar una

adicción que viene siendo mantenida por mucho tiempo y que le genera la sensación de no tener control sobre sí misma.

La paciente que sigue, sobre sus motivaciones, dice:

“Yo tuve peso normal siempre, y ya te digo, por los embarazos aumenté; con el primero, 10 kilos, después 10 kilos más y no los bajaba más. Cuando me quise dar cuenta estaba en casi 100 kilos. [...] La expectativa al principio era bajar unos kilos para sentirme mejor, después cuando ves que lo vas logrando, que lo podés hacer, buscás mucho más que eso. Bueno, ya ahí fui por más. Cuando llegué a mi peso la expectativa era tratar de sostenerlo, aprender a alimentarme, organizarme de otra manera y bueno, a veces lo pude lograr y a veces no, por eso muchas veces tuve que regresar a la parte de descenso, pero bueno, mi expectativa siempre es tratar de mantener un peso saludable, una alimentación saludable y bueno, lograr eso, cosa que sola no lo pude hacer. [...]. Lo estético, sí, siempre está, a lo mejor cuando yo arranqué era tanta la cantidad de kilos, yo tenía chicos chiquitos, me costó mucho agacharme, manejarme con ellos que eran niños, tenés que correr, tenés que estar súper activa. Entonces al principio, era una cosa saludable, después ya cuando te quedan unos últimos kilos, sí, vas por esos últimos kilos porque querés ponerte esto o lo otro, ya va por una cuestión más estética, pero siempre se arranca, o por lo menos yo en mi caso, siempre fui por lo saludable.”

La paciente de este caso relata que estuvo llegando a cerca de los 100 kilos, como otro paciente arriba ya había relatado, pero lo que para él serviría como un impulso hacia su propósito, incentivándolo en un trabajo desafiante como es un tratamiento de adelgazamiento (Alves et al., 2017), para esta paciente no tuvo el mismo efecto. Si bien no le agradaba saber que se acercaba a los 100 kilos, lo que la motivó a empezar el tratamiento es lo que ha considerado como una propuesta saludable. Es decir, encaminarse a la salud fue su motivo inicial, pero por detrás de este motivo amplio, hubo un motivo más específico y personal, que era tener la disposición física para cuidar a sus hijos pequeños. Con el paso del tiempo, en el tratamiento, su motivación cambió para algo más estético, sin abandonar lo saludable. Ella es una paciente que frecuenta la clínica hace muchos años, y con sus hijos más grandes que no exigen tanto esfuerzo físico como antes, su motivo inicial se expandió para la búsqueda de salud en general, y ya habiendo bajado algunos kilos, se motiva, también, por lo estético. Una motivación abre camino para que otra surja (Moraes, 2016).

La próxima paciente, que se encuentra en la etapa del mantenimiento, expuso sobre sus motivaciones lo siguiente: “Mi motivación siempre era estética, que a mí me encantaba estar flaca y poder lucir la ropa y esa es la motivación.”. Cuando fue indagada sobre las recaídas y la motivación para volver a la clínica luego de abandonarla, contestó:

“El pensamiento del gordo es así: uno está haciendo la dieta y está ‘¿cuánto me falta?, ¿cuánto me falta?’ porque te querés ir a comer de nuevo. Eso es lo que cambió esta vez. Si me preguntás qué cambió entre las tres veces que frecuenté la clínica, tuve que perderlo tres veces para darme cuenta qué era lo que me pasaba. Yo entendí que esta vez no sólo tenía que cambiar mi cuerpo, sino mi cabeza, mi cabeza tenía que cambiar. [...] Es la adicción que te juega en contra, no podés parar.”

El caso de esta paciente presenta lo estético como motivación inicial. La paciente relata que trabaja con arquitectura y decoración, y, por lo tanto, lo estético es un tema central en su vida. A lo largo de su trayectoria de adelgazamiento y mantenimiento, pasó por algunas recaídas y comprendió el tratamiento de una manera distinta. Estas recaídas, en general, hacen que la persona vuelva a estadios anteriores respecto de aquellos propuestos por Prochaska, DiClemente y Norcross (Garnica, 2017), reiniciando el proceso y reviviendo las etapas hasta que se llega a una recuperación. Estos pasajes por los diferentes estadios brindan a los sujetos diferentes entendimientos sobre el tratamiento por el que están pasando. Entender que el tratamiento no se limita al cambio del cuerpo, sino que implica, también, un cambio mental, como defiende Ravenna (2011), hizo que la paciente creara una nueva motivación, esta vez más estructurada, que la pudo sostener hasta y durante la etapa de mantenimiento de peso, una motivación comprendida internamente (Ribeiro, 2018).

En función de estos relatos, es notable que dentro de motivos más amplios hay motivos personales y específicos que contemplan los ejes subjetivos de las motivaciones humanas. Por ejemplo, la salud, que para una paciente implicaba disposición para cuidar a los hijos; o el autocontrol, que puede ser para no comer excesivamente en una fiesta o para no despertarse para comer. Las motivaciones se relacionan con las experiencias individuales. En este sentido, vale notar que en los casos arriba citados, el hecho de haberse acercado a los 100 kilos fue lo suficientemente significativo para que una persona buscara tratamiento, y en otra no; los mismos 100 kilos tienen representaciones

distintas, y es esto lo que investigará la EM de Miller y Rollnick (San Vicente, 2020) y los profesionales en el momento de las intervenciones, cuando por medio de conversaciones trabajan cuestiones propias de los individuos, como sus creencias, deseos y valores con el fin de aclarar las motivaciones y fortalecer el compromiso de los pacientes con ellas.

Sobre la base de estos relatos se pueden observar las distintas fuerzas que las motivaciones ejercen en las diferentes etapas del tratamiento para la obesidad. Por más que las motivaciones iniciales tengan un poder impulsor que lleve al sujeto al estadio de la **preparación** de Prochaska, Norcross y DiClemente (Ruiz & Maldonado, 2018), pocas veces estas motivaciones siguen con este mismo efecto incitador a lo largo del tratamiento; las primeras motivaciones no siempre son suficientes **para** sostener todo el resto del proceso de tratamiento. Como explicó Ribeiro (2018), las motivaciones extrínsecas duran menos tiempo que las intrínsecas, siendo estas últimas las que acompañan a los pacientes en la etapa del mantenimiento. **Parecería** ser que la paciente entrevistada que empezó el tratamiento con una motivación intrínseca (cuidar los hijos), más allá que la motivación haya sido actualizada con el paso del tiempo (salud), pudo mantener por todas las etapas del tratamiento la expectativa que tenía. Asimismo, la paciente agregó nuevas motivaciones debido, principalmente, a lo que Bandura (1997) se refirió como expectativa de resultados y a la autoeficacia, ya que ahora la paciente tiene aprehendidas las conductas que debe seguir para obtener los resultados que quiere, y, además, se siente capaz de ejecutarlas bien. Son convicciones que le permitieron abrirse a nuevos motivos, como explicita en la frase: “La expectativa al principio era bajar unos kilos para sentirme mejor, después cuando ves que lo vas logrando, que lo podés hacer, buscás mucho más que eso.”.

En general, cuando los pacientes llegan con motivaciones extrínsecas a la clínica, se puede pensar en un primer motivo urgente que los llevó al tratamiento, pero luego de solucionar esta urgencia, una renovación de la motivación tiene que suceder, explicó la psicóloga entrevistada. Los pacientes que empezaron con motivaciones extrínsecas (estética, peso muy alto), para seguir con el tratamiento cambiaron sus motivaciones, o agregaron motivaciones intrínsecas como un sostén. Es un movimiento que puede acontecer naturalmente durante la trayectoria del tratamiento. Aquella paciente que no había cambiado naturalmente sus motivaciones, necesitó recaídas y deslices hasta que llegara a una comprensión más completa del proceso de tratamiento

que le permitió construir una motivación intrínseca alineada al nuevo estilo de vida que se proponía, y que lo sustentara en mantenimiento (Ribeiro, 2018). Como es mencionado en la clínica, la motivación no nace, se hace; es decir que se debe trabajar sobre una motivación, otorgársele sentido y repensarla en relación a valores y experiencias para que ella sea consolidada y perdure por más tiempo. De esta forma, aquel que desea iniciar el proceso de adelgazamiento debe descubrir cuál será su motivación inicial y elucubrarla, pues dentro de ella existe el devenir de otras motivaciones (Moraes, 2016).

5.2. Los factores que afectan la motivación del paciente y las intervenciones de los coordinadores ante la falta de motivación para seguir la dieta

Algunas características de las personas como la baja tolerancia o la desorganización, por ejemplo, ciertas conductas y deslices por las que pasan en relación a las propuestas del tratamiento, según Ravenna (2013), influyen en la disminución de motivación. Y, de hecho, en la clínica se pudo observar cuán común es que en el tratamiento haya deslices. Teniendo en consideración la naturalidad de las recaídas, es indispensable pensar las causas de estos acontecimientos, permitiendo así una mejor comprensión de la realidad y su control, desplegando estrategias de intervención, disminuyendo la merma de las motivaciones y reforzando el compromiso de los pacientes con ella (San Vicente, 2020).

Como se pudo ver en algunos de los relatos presentados en la sección anterior, ciertos pacientes son *comedores emocionales* (Faith et al., 1997). Tanto en las entrevistas, como en diversas observaciones de los grupos en la clínica, los pacientes narraban que, tras un fallecimiento en la familia, una situación estresante en el trabajo, o por alguna situación que les generó ansiedad, empezaban a comer más de lo que deseaban (Galvão & de Menezes Soares, 2017; Santos, 2020). Un ejemplo es el relato de la paciente que menciona haber aumentado 20 kilos después del fallecimiento de su hermana. En la clínica se dice que estas personas se comen las emociones. Raras veces fue relatado un caso de alimentación desmedida por cuenta de una emoción buena, en general, las situaciones de conmemoración y festejo presentan una pérdida de control por cuenta de la palatabilidad y por no poder parar de comer después de haber empezado (Ravenna, 2011; 2013); en este caso se aplica más bien una razón cultural,

social y adictiva, que una emocional. En relación a la palatabilidad y las influencias culturales en la alimentación, un doctor de la clínica dijo:

“La pandemia real empezó en los noventa, cuando las industrias alimenticias empezaron a contratar ingenieros que le ponían saborizantes a la comida. Esas galletitas que hacen el *crunch*, quieren que sean bien crocantes, muy saladas y todo eso es adictivo, no pueden parar [de comer].”

Cuando se habla de adicciones en relación a la comida, es mucho más fácil de encontrar pretextos para una recaída. Contrario a otras sustancias adictivas que una persona puede abandonar completamente, los alimentos no pueden ser eliminados de la vida de las personas. Por lo tanto, hay un trabajo de equilibrar y ponderar la cantidad correcta del alimento, que siempre estará presente (Carrizo, 2020). El adicto tiene que convivir con la sustancia de su dependencia. Por eso, en la clínica se arman dietas muy estructuradas, utilizando el método de Corte, Medida y Distancia, en que se trabaja la cantidad, la calidad nutricional y el tiempo entre las comidas. Estructuran planes alimentarios y venden viandas adecuadas a la dieta que proponen, para mantener lo más controlada posible la alimentación de los pacientes, y facilitar su alimentación de manera que la persona no tenga que elegir sus alimentos, ni las cantidades, y ya tenga todo listo y accesible, dificultando que haya un espacio para las desmedidas.

Estas desmedidas, por consiguiente, inciden directamente en la disminución de la motivación de los pacientes. Cuando no cumplen con lo que se propusieron seguir, muchos empiezan con discursos como ‘no voy a poder’, ‘eso no es para mí’. El incumplimiento en alguna parte del tratamiento, sea la dieta, sean los ejercicios físicos, sea la pérdida de kilos estipulados en un determinado tiempo, afectará de manera directa las percepciones de autoeficacia y expectativas que tiene el paciente (Bandura, 1989; 1997; Galvão & de Menezes Soares, 2017; Santos, 2020), y afectará, por lo tanto, sus motivaciones. Cuando fue consultado sobre qué la desmotivaba cuando todavía no había llegado a mantenimiento, una paciente contestó:

“Cuando se me saltaba el chip y me levantaba y comía a la noche. Que después una de las coordinadoras me explicó que es una cosa que se va espaciando, pero que por ahí va a existir siempre. Bueno, eso me desmotivaba porque pensaba ‘no lo voy a solucionar’.”

Las atribuciones de los pacientes acaban siendo negativas, sus fracasos son atribuidos a factores internos y considerados incontrolables, y los éxitos son considerados completamente inestables y excepcionales, lo que dificulta que la persona se considere capaz de cambiar su situación desagradable (Bandura, 1997; Barrera, 2010; Weiner, 1985).

Los pacientes que pasan por este proceso de disminución de sus motivaciones van estigmatizándose y atrapándose en un rol de incapaz, y la mirada que tienen sobre el proceso por el cual pasaron a lo largo del tratamiento es sesgada, dificultando el entendimiento de la situación por la cual están pasando, y de cómo seguir el tratamiento. Dejan de nutrir sus motivaciones y, por momentos, las abandonan (Bandura, 1997). Es interesante observar un breve diálogo entre dos pacientes en la clínica. El primer paciente en adelgazamiento dice: “¿Cambiaste la condena de estar gorda por la condena de estar en dieta toda la vida?”. Y es contestado con la siguiente frase: “No es condena, es elegir cuidarse.” Es curioso notar la diferencia entre las miradas que tienen los pacientes en relación al tratamiento. Se ve en el primer paciente la mirada sesgada que tiene del tratamiento, lo ve como una condena, una especie de sufrimiento, parecería que el paciente, recién llegado a la clínica, todavía no había construido o fortalecido una motivación para comprometerse verdaderamente con el tratamiento, o había pasado por algo que disminuyó su motivación; mientras que la paciente que le contestó se muestra motivada con el tratamiento, aunque lúcida sobre los esfuerzos intrínsecos a él. Se puede decir que la paciente se encontraba ya en el último nivel del espectro del cual habla Ribeiro (2018), el de la motivación intrínseca, nivel en que la persona puede disfrutar de la actividad que se propuso a hacer, en cuanto que el paciente todavía no encontró este disfrute en sus tareas.

Ciertas frases de los coordinadores de los grupos parecen que son suficientes para servir como intervención en situaciones como la relatada arriba. Esta corta conversación entre pacientes, fue finalizada por la siguiente frase, proferida por un médico coordinador: “Que el placer esté dado por la satisfacción de la coherencia”. La coherencia se refiere al hecho de que a la mañana el paciente se propone seguir la dieta, y a la noche vuelve a comer lo que no debe, y esto, explica el doctor, le hace mal a la cabeza del paciente.

Otra paciente entrevistada habla sobre sus compañeros de la clínica: “La motivación, yo la veo en la gente cuando baja, cuando no baja se quiere matar, o sea, se

desmotiva.”. Nuevamente, se observa como las expectativas de resultados de las cuales habla Bandura (1989), regulan la motivación; y, en este caso, la falta de resultados, influye en la merma de la misma.

Acorde a los profesionales de la clínica, además de las tareas prácticas como herramientas para el adelgazamiento, sean ejercicios físicos, dieta, comer alimentos específicos, parte del tratamiento pretende trabajar sobre estos roles a los que la persona obesa se prende. De ahí, un término muy utilizado en la clínica: cerebro prestado. Quiere decir que se elabora la idea de que la persona obesa intente ser como la persona delgada, que busque los mismos hábitos, las mismas conductas hacia la comida, a fin de que con el tiempo sea ella misma la persona delgada con los hábitos incorporados, desgarrada del rol de comedora emocional, apartada del rol de adicta. El cerebro prestado es una herramienta de incentivo para quiénes todavía no tienen propios los comportamientos saludables que anhelan.

Entonces, frente la falta de motivación de los pacientes, el cerebro prestado es muy utilizado. Se trabajan los modelos de identificación que los pacientes sin motivación, o iniciantes en el proceso, puedan seguir. Como escribieron Zimmerman y Osorio (1997) y Yalom (2006), los grupos tienen como una de sus funciones brindar modelos a ser seguidos como forma de guiar los pacientes por el tratamiento y proporcionarles sostén. Pero en la clínica muchas veces el cerebro prestado es de alguien específico. Dentro de los grupos de tratamiento, algunos individuos (pacientes) se disponen a acompañar en una especie de tutoría a aquellos que no están obteniendo mucho éxito. Hay un cambio de informaciones sobre las rutinas del paciente “tutor” y del paciente “tutorando” para que este último pueda ir aprendiendo los hábitos del tutor, copiarlos, y, así, conformar sus motivaciones nuevamente.

Además del cerebro prestado, solamente el hecho de haber gente más avanzada en el tratamiento y con un historial de haber perdido muchos kilos, fue relatado por todos los pacientes entrevistados como algo inspirador para momentos en que uno no se siente motivado. La profesional entrevistada expresó que la comparación es algo muy motivador; que los pacientes se comparen unos con los otros: los principiantes con los que están en mantenimiento, los que recién llegaron a mantenimiento con los que están hace más tiempo. Sirve para compilar ejemplos de qué deben hacer, de dónde quieren llegar, quiénes quieren ser y espejarse. En realidad, la relación con otros pacientes se mostró fundamental para un tratamiento como éste.

“El grupo es como una casa”. Esta fue una afirmación muy recurrente en los grupos asistidos, afirmación devenida tanto de los pacientes, que se sentían acogidos, cuanto de los profesionales que tenían la propuesta de crear este ambiente hogareño. El grupo crea un espacio de apertura para que los conflictos de los individuos sean compartidos; es una de las características de los grupos, según Zimmerman y Osorio (1997). Como explican Cebrià et al. (2008), el hecho de que se escuchen a sí mismos verbalizando hace que se motiven (los autores hablan de automotivación), pero, además, en los grupos asistidos, los pacientes podían comentar e incentivar a los otros (Yalom, 2006), rememorándoles sus motivaciones.

Mientras se trabaja sobre la creación de motivaciones, los profesionales de la clínica actúan sobre la disciplina de los pacientes. La profesional entrevistada expuso como fundamental que se apele a la conveniencia y a la responsabilidad para seguir aquello que les es propuesto por la clínica y por los profesionales a los pacientes, en cuanto estos todavía no vuelven a sus estados motivados. En los grupos hay bastantes conversaciones sobre tener que ser responsable y hacer lo que se debe, independientemente de cualquier contexto. Si uno no está motivado, asimismo debe seguir el tratamiento. Mientras la motivación intrínseca no está instaurada y la persona se siente con poca motivación para seguir el tratamiento, es importante que ella se apoye en las motivaciones extrínsecas buscando recompensas positivas o el alejamiento de condiciones incómodas, para sostener la disciplina necesaria al tratamiento. Estas motivaciones extrínsecas pueden basarse en regulaciones desde la obediencia y recompensas externas, hasta la valoración consciente de la actividad, pero siguen siendo regulaciones externas. Tales motivaciones corresponden a las regulaciones externa, introyectada e identificada del espectro de la Teoría de la Autodeterminación (Prudencio et al., 2020; Ribeiro, 2018).

5.3. Intervenciones que realizan los profesionales para mantener la motivación de los pacientes que ya están en la etapa de mantenimiento del peso

En la etapa del mantenimiento no solamente se debe trabajar para mantener la motivación, ya que ésta muchas veces es abandonada por el paciente, sino que también, se la debe actualizar según el momento en que se encuentre el paciente y las situaciones por las que pasa (Cebrià et al., 2008) y crear motivaciones nuevas, ya que los objetivos

y metas de los pacientes, como se pudo analizar de las entrevistas, cambian con el paso del tiempo.

Para que un paciente no se aparte fácilmente de sus motivaciones, se puede ir actualizándolas mientras el sujeto avanza en el tratamiento. Una manera de cambiar de forma sutil a las motivaciones para mantenerlas siempre presentes, es acompañarlas dentro del espectro de motivaciones del cual habla Ribeiro (2018), evolucionando las motivaciones extrínsecas hasta que de ellas surja una motivación intrínseca.

El propio hecho de que el paciente logre seguir el tratamiento de manera apropiada, y la sensación de control que esto le genera, favorece que la motivación del paciente tenga más solidez (Guilabert Lozano, 2020). Dice la psicóloga entrevistada: “La motivación uno la encuentra en el éxito.”. Asimismo, un “diagnóstico” de dónde se encuentra el paciente en el espectro de las motivaciones (Ribeiro, 2018), y cómo está llevando el tratamiento sería el primer paso de los profesionales para la intervención que pretende auxiliar en el mantenimiento de la motivación. Este diagnóstico puede ser facilitado por las conversaciones reflexivas de la Entrevista Motivacional, así como por las tareas que proponen Cebrià et al. (2008) para intervenir sobre las motivaciones.

Sabiéndose que las recaídas en el tratamiento muchas veces se deben a escapes en la alimentación y en el autocontrol, y que estos escapes influyen directamente en la merma de la motivación (Ravenna, 2013), es importante intervenir previniéndose los deslices en el tratamiento.

Muchos de los hábitos humanos creados por la cultura están tan solidificados en las personas, que, por momentos, se vuelven en excusas para un deslice en la dieta. Se utiliza en la clínica la expresión: ‘síndrome del domingo a la tarde’, ya que el domingo puede ser considerado un día en que las personas suelen “relajarse” más con la alimentación, permitirse una huida de la dieta; esto puede ser influido, además, por una sensación de aburrimiento en el día supuestamente más tranquilo de la semana, de manera que, en la actualidad, este hábito ha sido incorporado a la cultura (Katz et al., 2017). No deja de ser una alimentación emocional, pero aceptada por la sociedad. Estos hábitos culturalmente aceptados abren puertas para la falta de control. Es importante mencionar este término que utilizan porque, al tenerlo como hecho, la clínica trabaja sobre él para que no ocurra, o por lo menos, ocurra con menos frecuencia, lo que

también acaba siendo una herramienta más en el tratamiento, apuntando a la estabilidad y al mantenimiento.

Algo significativo de esta clínica para pérdida y mantenimiento de peso, es que ella se preocupa en mantenerse presente en lo cotidiano de los pacientes. O sea, aparte de los grupos de encuentros (que pueden ser frecuentados diariamente), existe un acompañamiento individual de algunos profesionales. Los pacientes tienen un seguimiento con un psicólogo clínico que trabaja de manera particular las cuestiones que el paciente comparte con el grupo, así como aquellas que elige no compartir. Pero, en este espacio hacen un trabajo de reflexión sobre lo que puede estar causando recaídas, comprensión de las motivaciones del paciente y, además, el psicólogo mantiene contacto con los pacientes más allá del consultorio, llamándolos al teléfono, escribiéndoles, siempre manteniéndose presente como una forma de recordación constante para el paciente sobre su tratamiento, así como brindándole apoyo y haciéndole sentirse acogido.

Siguiendo con el tema de la presencia, los propios coordinadores de los grupos semanales se encargan de hacer contacto con los pacientes por fuera de la clínica. Los llaman, escriben, exigen su presencia en la semana siguiente, o les preguntan por qué no pudieron estar presentes en el encuentro pasado; para más allá de la clínica, crean una red de apoyo para el paciente, también una idea que comentan Ribeiro (2018) y Zimerman y Osorio (1997). Como fue mencionado en el primer relato presentado: “Encontré también en los grupos como unos momentos que me sirven para mí y de paso para mantener esto que ahora me hace bien.” Los pacientes de los grupos se mantienen presentes unos en las vidas de los otros. Los coordinadores organizan e incentivan que los pacientes armen entre ellos pequeños grupos de dos o tres personas, siempre con alguien que está llevando muy bien el tratamiento, para que puedan “seguirse”; comparten lo que comen, lo que sienten, sus deslices y éxitos. Sobre eso, una paciente, que seguía muy bien el tratamiento, ha comentado:

“Estoy siguiendo a una jueza. Esa señora es un amor, y a las 11 horas caía, entonces yo empezaba a las 8 horas ‘L. cómo estás? ¿Qué estás haciendo? Qué vés a comer, mostráme’; a las 9 horas ‘cómo vamos, que estás haciendo?’, después a las 10 horas. Y le agarro a las 11 horas y le digo ‘L., es tu hora, ¿qué estás haciendo?’”

Sobre esta herramienta de seguir a otros pacientes, prosigue:

“Vi a un señor que es un paciente histórico de la clínica que se llama M. Un día se puso a llorar y dijo que si no hacía la dieta se iba a morir y le había dicho al médico que pesaba 147 kg, lo que no era verdad, y yo dije: ¿me meto o no me meto en esta? Después dije: “bueno, es mi parte humana”, yo pensé si se llega a morir, me voy a sentir mal porque yo sé cómo ayudar a la gente, yo sé qué decirle porque yo estuve ahí. Entonces me acerqué -lloraba, lloraba, un hombre grande, 70 y pico de años- y le dije: mirá, vos realmente tenés ganas de hacerlo, si vos tenés ganas de hacerlo, yo te sigo, pero para paversear no, porque para que me estés mintiendo a mí, no tiene sentido. O lo hacemos bien o no lo hacemos.” Lo seguí durante seis meses y bajó 25 kilos, no lo podía creer nadie, porque ya era una persona que se había viciado mucho, iba, decía boludeces, comía lo que quería, hacía la dieta de él, o sea, cualquier cosa. Nadie lo podía creer, no sabés lo bien que le iba. [...] Entonces yo decía mándame las fotos [de la comida], y él me mandó todas las fotos durante 6 meses.”

La misma paciente, sobre otra colega:

“Ahora tengo una señora que hace un año que la estoy siguiendo. Una señora de 74 años que bajó como 50 kilos y le costaban los últimos kilos, no llegaba, que me mandó la foto adentro de su vestido de novia. Y vos no sabés lo que es la emoción de ver una señora tan grande que se le entró su vestido de novia.”

En estos relatos de la paciente entrevistada, se puede ver cómo la técnica de acompañar a otro paciente sirve como sostén de su motivación en mantenimiento y la incentiva a seguir frecuentando la clínica. En realidad, sustenta la motivación tanto de quien acompaña, cuanto de quien es acompañado, así como el altruismo del cual habla Yalom (2006). Estos acompañamientos son compartidos con el grupo, de manera que los coordinadores puedan supervisar, comentar y direccionar esta dinámica. A esta paciente mencionada, tanto le sirvió hacer estos seguimientos, que empezó a hacer algunas tareas en la clínica, que, en general, son hechas por profesionales. Cuenta:

“A mí me llaman en la clínica ‘A. te pesa’, es gracioso porque yo llegaba a la clínica y me decían, ‘todos estos te están esperando a vos’. Y era una fila, porque yo los anotaba y les seguía el peso, yo los pesaba y ese seguimiento hace que el gordo no se pueda escapar, porque si no el gordo especula. ‘Ay, me voy a comer, después no como por 3 días’, si vos sabes que A. te va a pesar... Y nos reíamos. ‘Que pasó acá? Algo lo

metiste.’ ‘Bueno, bueno’. O sea, yo los seguía con afecto y con amor, pero les pescaba los errores, dónde estaban. Entonces la verdadera motivación es cuando ellos bajan.”

Otro trabajo clínico para quienes están en mantenimiento que actúa sobre las oscilaciones en el seguimiento del tratamiento y las motivaciones es trabajar sobre los roles de gordo y delgado. Este trabajo es una continuación del ya mencionado “cerebro prestado”. Los coordinadores marcan la diferencia entre flaco y delgado en los tratamientos para la obesidad: según es utilizado en la clínica, el término flaco describe el cuerpo, su forma física, con el peso adecuado a aquella persona; mientras delgado, define la postura que tiene una persona, la mentalidad que le hace flaca. Por eso se puede decir, en ambientes de tratamientos para la obesidad, que muchos son flacos, pero no delgados. Tienen el cuerpo, pero no tienen las conductas del delgado incorporadas, y que los incumplimientos en el tratamiento (principalmente en la manera de alimentarse) devienen de un cuerpo que tenía la mentalidad de gordo guiándolo.

En uno de los encuentros grupales de la clínica se pudo presenciar una situación que bien ilustra esta diferenciación mencionada arriba. Una señora que estaba hacía, aproximadamente, cinco años en mantenimiento y estaba en su rango de peso decía que sufría porque no lograba manejar la conducta. Entonces contó, llorando, que estaba en el cumpleaños de su nieto de 3 años y no tocó nada en todo el cumpleaños, aunque estuviera en mantenimiento. Cuenta que cuando empezó a irse la gente, la quiso ayudar a la hija, se fue a la cocina del salón a guardar las cosas y, de parada, empezó a meterse la comida en la boca, sándwich salado, con torta, con masita, de una manera compulsiva. La coordinadora del grupo le contestó diciéndole que aquel día ella debería haber elegido comer, que merecía comerse una porción de torta del cumpleaños de su nieto, y no comer clandestinamente. Por fin, completó la profesional: “Volvés a tener conductas de gorda en un cuerpo que está flaco.”. Es el descontrol del cual habla Gallegos (2018). La cabeza de la paciente no había cambiado, seguía utilizando el cerebro prestado y no estaba delgada, si no, flaca y presentando escapes y deslices que le hacían padecer. Para evitar los deslices en el tratamiento y mantener la motivación, la profesional psicóloga que fue entrevistada explicó que una de las tareas que hacen con los pacientes de mantenimiento, incluso en los encuentros individuales, es desplazar el placer que está en la comida hacia otras cosas. Es una tarea que se asemeja a la última fase que presenta el Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon, que

sugiere que las actividades adictivas sean sustituidas por nuevas actividades (Carramiñana como se citó en Martínez García, 2019).

Es de extrema importancia que se pueda encontrar una motivación intrínseca, enraizadora, en la cual uno pueda apoyarse cuando necesite, para no reincidir, no entregarse a impulsos (Cebrià et al., 2008). Para encontrar esta motivación cuando ya están en mantenimiento, la psicóloga entrevistada enunció que los profesionales instigan reflexiones más internas y propias de los pacientes; dio como ejemplo de reflexión “para qué le sirve la delgadez al paciente”.

En distintas ocasiones, los profesionales de la clínica hablan de autoboicot, y en los grupos observados mucho se escuchó de los pacientes sobre las luchas internas que tenían, sus ambivalencias, y, principalmente, sus faltas y vacíos (Ravenna, 2011). Sobre estos vacíos, una de las médicas de la clínica, en una charla, dijo: “cuesta mucho, porque, una vez que llegaste [a mantenimiento], ¿qué va a pasar? Una vez que no tengo bastante problema, ¿qué hago con mi vida? Es lo que más quieren y se boicotean.”. Es como si con las motivaciones intrínsecas no hubiera tantos espacios vacíos.

6. Conclusión

La relevancia de las motivaciones en los tratamientos para la pérdida y mantenimiento de peso se debe al gran desafío que implica este proceso; el número de recaídas es muy alto, y las fallas son casi inherentes al tratamiento. Asimismo, las motivaciones son grandes aliadas de este proceso (Cebrià, Bosch & Borrell, 2008; San Vicente, 2020).

Los pacientes que frecuentan la clínica de tratamiento demostraron diferentes tipos de motivación en diferentes etapas del proceso. Existen motivos específicos con significados propios para el individuo, o sea motivos relacionados a experiencias individuales; lo que puede ser motivador para uno, para otro puede no serlo. Y motivos más amplios y abarcadores que son compartidos por varias personas. En general, los individuos buscan el tratamiento con un motivo urgente, o sea, más puntual, y extrínseco; y en la medida en que van alcanzando metas que resuelven sus primeras demandas, nuevas necesidades van surgiendo, y con ellas, nuevas motivaciones. Además, se puede tener más de una motivación presente. Muchas de las motivaciones traídas por los pacientes se relacionaban a cuestiones estéticas, de salud y al bienestar.

A lo largo del proceso, y por medio de los cambios físicos y cognitivos que presentan los pacientes, se van conformando motivaciones intrínsecas que sirven como sostén para mantener el tratamiento y las nuevas condiciones alcanzadas. Los pacientes van encontrando cada vez más congruencia y sentido en las actividades que ejercen hasta que pueden disfrutar de ellas y sentirse satisfechos y cómodos. Auxiliar en el descubrimiento, creación, rescate o, incluso, en la actualización de la motivación intrínseca es, ciertamente, una importante meta de las intervenciones de los profesionales, sea por medio de conversaciones, reflexiones o generando espacios adecuados para este despliegue, enfocándose en los propósitos de los pacientes.

Junto a las actuaciones de los profesionales y a las responsabilidades individuales de cada uno, los grupos y las relaciones entre pacientes se muestran de gran relevancia para incentivar la dilucidación de situaciones que obstaculizan el avance en el tratamiento, prevenir las recaídas, y auxiliar en el mantenimiento de la motivación, por medio del espacio hogareño contenedor y de las redes de apoyo acogedoras que crean. La presencia de los profesionales en la vida de los pacientes, y de los pacientes en la vida de sus colegas sirven como incentivo y sostén en el tratamiento. Esta interacción es una fuerte herramienta de apoyo que potencializa los tratamientos de pérdida y mantenimiento de peso.

En cuanto a limitaciones de este trabajo, se puede mencionar la dificultad en acceder a una mayor variedad de profesionales de la clínica, que podrían brindar otros puntos de vista y, tal vez, otras técnicas de intervención que son utilizadas en el tratamiento. Sería interesante haber entrevistado a alguna nutricionista, o a la médica de la charla mencionada. Todos los entrevistados fueron elegidos y presentados por la clínica.

Otra limitación fue la dificultad para encontrar material teórico de autores precursores de algunas teorías o pioneros en ciertas terminologías. Parece que algunos textos más antiguos son difíciles de encontrarse virtualmente. También fue escasa la cantidad de investigaciones actuales que hablaran de intervenciones en los tratamientos de obesidad de manera más práctica y detallada, con herramientas y técnicas más explícitas.

La clínica frecuentada para este trabajo se mostró muy bien estructurada y pensada detalladamente. El ambiente que los profesionales crean en los grupos es muy

positivo. Todos los coordinadores de grupos son bien humorados y, aun así, firmes en sus aportes e intervenciones. Logran armar un local despojado dónde los participantes se sienten cómodos, al mismo tiempo que mantienen el orden en el grupo, algo realmente admirable cuando se asiste a grupos de más de 100 personas. Son bastante asertivos en sus apreciaciones, tanto en el momento de hacer algún chiste, cuanto en el momento de cortar a algún paciente que se está desviando del asunto pertinente al grupo, y con ello logran mantener el grupo atento y enlazado, lo que invita los pacientes a compartir, comentar, escuchar y volver al próximo encuentro.

Por más que los grupos mixtos tengan sus ventajas, principalmente en el sentido de la comparación como herramienta motivadora, parece que habría ciertas ventajas en separar los grupos también. Que haya grupos solamente de adelgazamiento y solamente de mantenimiento, supuestamente, es una propuesta de la clínica, pero en la práctica no ocurre de esta manera. En todos los grupos, aunque específicos, hay pacientes de las dos etapas. Los tipos de intervención y, principalmente, de reflexiones y conversaciones en estas dos etapas son distintos y, posiblemente, pueden, en algún momento, generar desinterés de algunos pacientes que están en el grupo esperando ciertas prácticas, pero que terminan por recibir prácticas por las cuales ya pasaron, o prácticas que no vivenciaron todavía; prácticas que no les afectan como deberían.

Para futuras líneas de investigación, se podría proponer estudios de la motivación en algunos subgrupos. Sería interesante investigar cómo la motivación es afectada en adolescentes y cuáles son sus motivos para buscar la delgadez, una vez que la cultura parece incidir diferentemente según la edad de las personas y tal vez tenga grande influencia en quiénes están en esta etapa de la vida. También se podría investigar estas diferencias según género, tanto en adultos como en adolescentes.

Una pregunta que surgió estudiándose el marco teórico y se inspiró en la cita de la médica que encierra el último apartado del desarrollo, es sobre los vacíos que sienten los pacientes. Estos vacíos fueron mencionados por varios pacientes, por la médica y por los coordinadores, incluso algunas veces seguidos por la palabra anímico, que despiertan una curiosidad para buscar su comprensión, aunque por fuera del abordaje cognitivo-conductual. Se podría preguntar qué genera esta sensación de vacío; si después de haberse apartado de la obesidad completamente, las personas sentirán la necesidad de llenar este vacío con otra situación conturbada; si existen vacíos que “eligen” y condicionan la obesidad. Parecería interesante profundizar en este término

varias veces mencionado, pero que no es tan contemplado por el abordaje psicológico del trabajo y todavía parece poco explorado.

El hecho de que una cantidad significativa de personas en un tratamiento cognitivo-conductual mencione cuestiones relativas al alma, suscita la idea de que ellas mismas, a lo largo del tratamiento, sienten falta de una comprensión más holística de sí para la curación de sus condiciones. Se podría sugerir a quienes están en mantenimiento y ya pasaron por cambios tanto físicos como mentales, una especie de pos tratamiento, una tercera etapa o tipo de grupo, pretendiendo un estudio que contemplara una alimentación elegida conscientemente por el paciente, de manera que sea la persona misma quien rige su organismo y su dieta, no más necesitando una prescripción, pues según la medicina antroposófica, la restricción alimentaria sin un anhelo interior, anímico lleva a la enfermedad (Steiner, 2013). Es una propuesta de desarrollar una conciencia sobre su manera propia de alimentarse. Por los tantos vacíos mencionados en un tratamiento relativo a la alimentación, se puede reflexionar que la psiquis necesite ser alimentada, ella puede exigir comida y bebida correctas (Barcellos, 2017). Jung (2012) menciona que la asimilación, digestión e integración de los elementos de las fantasías, sueños, visiones y síntomas representan un desarrollo psíquico paralelo al efecto de la “nutrición”.


De una manera práctica, tanto la Antroposofía, creada por Rudolf Steiner (2013), como la Psicología Arquetípica, creada por James Hillman (2017), por medio de sus fenomenologías, brindan ejemplos que pueden inspirar estos estudios de pos tratamiento. La Psicología Arquetípica, por ejemplo, considera el azúcar como una metáfora de un proceso psicológico (el endulzar). El efecto del azúcar neutraliza el amargo (Barcellos, 2017). Es interesante cuestionarse, entonces, siguiendo este abordaje, qué tipo de amargor una persona con tendencia a comer mucho azúcar, o con un deseo pungente de comerse un alimento dulce en algún momento, puede estar queriendo neutralizar. Y de ahí, sirve pensar en cómo neutralizar o adulzar este amargor en la vida de la persona, sin que sea con el azúcar físico; se pueden desplegar diversas actividades nuevas que sustituyan esta necesidad. Pero no solamente se utiliza la metáfora de un alimento para sustituirlo, sino también se puede aprender a prepararlo y a consumirlo a su favor como modos de “hacer alma” (Hillman, 1995).

Referencias

- Alves, L. C., da Silva, A. V. L., & de Oliveira, E. M. J. (2017). Motivação e Recompensas: uma investigação com base nas Teorias da Hierarquia das Necessidades e da Expectativa. *Id on Line Revista de Psicologia*, 11(35), 325-340.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American psychologist*, 44(9), 1175.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Barcellos, G. (2017). *O Banquete de psique*. Petrópolis: Vozes.
- Barrera, S. D. (2010). Teorias cognitivas da motivação e sua relação com o desempenho escolar. *Poiesis Pedagógica*, 8(2), 159-175.
- Berruga, M. Á. G. (2020). Sistemas de Atribución Causal sobre el Fracaso Escolar de Estudiantes y Docentes en la Enseñanza Secundaria Obligatoria. *Revista Científica Hallazgos21*, 5(1), 57-70. Recuperado de: <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/398/331>
- Campos, L.A., Meller, A., Monteiro, T. C. (2019). *Teorias e Sistemas Psicológicos IV*. Rio de Janeiro: Seses.
- Carrizo, A. E. (2020). Começar de novo: argumentação interacional em contextos terapêuticos. *EID&A-Revista Eletrônica De Estudos Integrados Em Discurso E Argumentação*, 226-253. doi: 10.17648/eidea-20-v1-2707
- Cebrià J., Bosch JM, Borrell F. (2008). Como ayudar a consolidar una nueva conducta más saludable: la fase de mantenimiento. *FMC*, 15(8), 518-22. doi:10.1016/S1134-2072(08)72849-4
- Cordero, R. A. (2012). Reflexiones y perspectivas. *Cirujano General*, 34(S1), 71-73.
- Delgado Huaman, R. V. (2021). *Autoeficacia y estadios motivacionales en adolescentes infractores participantes de dos programas de reinserción social del Poder Judicial de Lima Metropolitana*. [Tesis de Grado, Universidad Autónoma del Perú]. <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/1100>
- Depping, A. E., & Mandryk, R. L. (2017). Why is this happening to me? how player attribution can broaden our understanding of player experience. In *Proceedings of*

- the 2017 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. Denver, CO, USA. (pp. 1040-1052). doi: 10.1145/3025453.3025648
- Dias, F. C., Ribeiro, M. M., da Costa, C. O., & Lindôso, Z. C. L. (2018). Satisfação com o peso atual e motivação para perda de peso em indivíduos com obesidade vinculados a Unidades Básicas de Saúde no município de Pelotas-RS. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(76), 1015-1020. Recuperado de:
<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/843>
- Faith, M. S., Allison, D. B., & Geliebter, A. (1997). Emotional eating and obesity: Theoretical considerations and practical recommendations. In S. Dalton, *Overweight and weight management: The health professional's guide to understanding and practice* (p. 439–465). Aspen Publishers.
- Faustino-Silva, D. D., Jung, N. M., & La Porta, L. L. (2019). Abordagem comportamental como estratégia para o tratamento da obesidade na Atenção Primária à Saúde. *APS EM REVISTA*, 1(3), 189-197.
<https://doi.org/10.14295/aps.v1i3.43>
- Gallegos, L. L. (2018). *Intervención educativa nutricional con y sin motivación en personas con sobrepeso y obesidad*. [Tesis de maestría inédita]. Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Galvão, J., & de Menezes Soares, A. P. C. (2017). Aspectos Psicológicos e Propostas Teóricas Relacionadas à Adesão ao Tratamento Nutricional dos Pacientes Obesos. *Cadernos UniFOA*, 6(1 (Esp.)), 11-22.
- Garaulet, M., Canteras, M., Morales, E., López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., & Corbalán-Tutau, M. D. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 645-651. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226786043>
- Guilabert Lozano, P. (2020). *Prevención de Recaídas en el Consumo de Cannabis*. [Tesis de grado, Universidad Miguel Hernández de Elche].
- Hillman, J. (1995). *Psicología Arquetípica*. São Paulo: Cultrix
- Izquierdo, A. G., Crujeiras, A. B., Casanueva, F. F., & Carreira, M. C. (2019). Leptin, obesity, and leptin resistance: where are we 25 years later? *Nutrients*, 11(11), 2704. doi: 10.3390/nu11112704
- Jung, C. (2012). *Mysterium coniunctionis*. Petrópolis: Vozes

- Katz, M., Cappelletti, A., Ackerman, M., Papalia, L., Giannini, M., Viñuales, M., Pentreath, C., Kawior, I., Sáenz, S. & Cafaro, L. (2017). Prevención de la ganancia de peso en adultos. *Actualización en Nutrición*, 18(2), 64-68.
- de Macêdo, M. G. D., da Costa, J. P., de Andrade, A. C., & Ferreira, E. A. (2020). O acompanhamento psicológico na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade/Psychological follow-up in the line of care for overweight and obesity. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 1818-1824. doi: 10.34119/bjhrv3n2-042
- Marcon, E. R., Baglioni, S., Bittencourt, L., Lopes, C. L. N., Neumann, C. R., & Trindade, M. R. M. (2017). What is the best treatment before bariatric surgery? Exercise, exercise and group therapy, or conventional waiting: a randomized controlled trial. *Obesity surgery*, 27(3), 763-773. doi: 10.1007/s11695-016-2365-z
- Marques, A., Armando, A. V., Brandao, E., & Fernandez, W. S. (2020). Fatores Alimentares: a relevância dos sais minerais e as deficiências ocasionadas no organismo. *Revista Científica Eletrônica da FAEF*, (4)2.
- Martí Garnica, M. V. (2017). *Análisis de la motivación en la intervención nutricional en pacientes con Trastorno Mental Grave* [Tesis de maestría, Universitat de les Illes Balears]. <http://hdl.handle.net/11201/146147>
- Martínez García, J. J. (2019). *Estudio de caso: intervención psicológica y prevención de recaídas en un caso de alcoholismo*. [Tesis de grado, Universidad de Almería] <http://hdl.handle.net/10835/7966>
- Martins, I. S., & Marinho, S. P. (2003). O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. *Revista de saúde pública*, 37, 760-767.
- Martos-Moreno, G. Á., Serra-Juhé, C., Pérez-Jurado, L. A., & Argente, J. (2017). Aspectos genéticos de la obesidad. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 8(1), 21-32. doi: 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2017.Apr.391
- Medina, F. X., Aguilar, A., & Solé-Sedeño, J. M. (2014). Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 34(1), 67-71. doi: 10.12873/341medina
- Mello, A. H. D. (2017). O potencial nutracêutico do ômega-3 na obesidade induzida por dieta hiperlipídica: do tecido adiposo ao cérebro. *Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde*. [Tesis de doctorado, Universidade da Unisul]. Recuperado de Biblioteca de la Universidade da Unisul [CDD (21.ed) 616.398]

- Mestre, S. A. Z. V. (2010). *A importância da motivação no tratamento da obesidade em jovens e adultos*. [Tesis de doctorado, Universidade do Porto].
- Moehlecke, M (11 de octubre 2018). *A teoria do set-point no controle do peso*. Milene Moehlecke Endocrinologista. Recuperado el 24 de mayo de 2021 de: <https://www.endocrinologistamilene.med.br/artigos/item/302-a-teoria-do-set-point-no-controle-do-peso>
- Moraes, V. (2016). Motivação extrínseca e intrínseca e a sua influência na produtividade: Um estudo de caso em uma ONG. [Tesis de Graduación, Universidade de Maringá].
- Murai, I. H. (2021). *Nutrição e exercício na obesidade*. Editora Senac: São Paulo.
- Oliveira, A., Cerqueira, E. M., Souza, J. D. & Oliveira, A. C. D. (2003). Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47(2), 144-150.
- Palou, A., Bonet, M. L., Picó, C., & Rodríguez, A. M. (2004). Nutrigenómica y obesidad. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 48(2), 36-48.
- Pereira, R.R. (2019). *Tecnologias no manejo do tecido adiposo*. [Tesis de grado, Universidade de Cuiabá, Sinop] 
- Pereira, T. T. S. O. (2013). Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. *Revista da SPAGESP*, 14(1), 21-29.
- Prudencio, L. E. C. M., da Silva, N. K. S., Fernandes, S. C. S., & Bittencourt, I. I. (2020). A utilização da Teoria da Autodeterminação no Brasil: um mapeamento sistemático da literatura. *Psicologia Revista*, 29(2), 422-447.
- Quiroga de Michelena, M. (2017). Obesidad y genética. *Anales De La Facultad De Medicina*, 78(2), 192-195. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13216>
- Ravenna, M. (2011). *A teia de aranha alimentar: Quem come quem?*. Rio de Janeiro: Guarda-chuva.
- Ravenna, M. (2013). *De Z a A: estratégias para emagrecer*. Rio de Janeiro: Guarda-chuva.
- Ribeiro, A. L. A. (2018). *Motivação e adesão ao exercício físico: um estudo relacionando o excesso de peso e obesidade com as funções executivas* [Tesis de Maestría, Universidade Lusófana de Humanidades e Tecnologias]. <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/9005>

- Ruiz, E. B., & Maldonado, S. I. M. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 4(2), 153-170.
<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.4.2.2018.165.153-170>
- Saiz, R. L., Figuero, C. R., Fuentes, M. G., del Campo, J. A. D. B., & Granda, J. L. Á. (2009). Nueva herramienta en la intervención del tratamiento de la Obesidad: Registro Vital Coloreado Monitorizado. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/324015726_Nueva_herramienta_en_la_intervencion_del_tratamiento_de_la_Obesidad_REGISTRO_VITAL_COLOR_EADO_MONITORIZADO
- San Vicente, P. C. (2020). *Ármate de motivación, desármate de kilos. Entrevista motivacional como herramienta contra el sobrepeso y la obesidad* [Tesis de Grado, Escuela Universitaria de Enfermería Vitoria-Gasteiz].
<https://addi.ehu.es/handle/10810/43545>
- Santos, A. C. R. D. (2020). *Compreensão e manejo de fissura dos sujeitos com transtorno por uso de substâncias após a participação em um grupo de prevenção da recaída*. [Tesis de posgrado, Hospital de Clínicas de Porto Alegre]
<http://hdl.handle.net/10183/213280>
- Soares, G.V.D., Barreto, M.G.R., de Sousa, K.M.C., Silva, M. D. L. M., da Silva Paulo, A. P. D. (2017). *Hipotireoidismo e hipertireoidismo: uma breve revisão sobre os distúrbios da tireoide*.
- Steiner, R. (2013). *Temperamentos e alimentação: indicações médico-terapêuticas e aspectos gerais*. São Paulo: Antroposófica
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychology Review*, 92(4) 548-573.
- Yalom, I. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoría e prática*. Porto Alegre: Artmed
- Zavala Laya, M. H. (2008). Fisiología de la Leptina en el Control de la Ingesta y Homeostasis Energética como Enfoque Hacia la Prevención de la Obesidad. *Medicina Crítica*, 5(2), 74.
- Zimmerman, David E. & Osorio, L.C. (1997). *Como trabalhamos com grupos?.* Porto Alegre: Artes Médicas