



Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Práctica y Habilitación Profesional

Abordaje Conductual en los

Grupos de Obesos

Autor: Graciela Patricia Illana

Profesores-Tutor actuante: Ricardo Zaidenberg

Fecha de Entrega: 1 de Junio de 2011

Índice

I. Introducción.....	4
1.1. Marco Institucional del Proyecto.....	4
1.2. Objetivos.....	6
1.2.1. Objetivo General.....	6
1.2.2. Objetivos Específicos.....	6
II. MARCO TEORICO.....	7
2.1. Definición y diagnóstico de la obesidad.....	7
2.1.1. Una breve historia de la obesidad.....	8
2.1.2. Etiología de la Obesidad.....	9
2.1.3. Tipos y clasificación de obesidad.....	9
2.2. Factores asociados a la Obesidad.....	10
2.2.1. Implicancias médicas de la obesidad.....	10
2.2.2. Implicancias psicológicas de la obesidad.....	11
2.3. Obesidad y Hábitos de Salud.....	14
2.4. Abordaje Terapéutico de la Obesidad.....	16
2.4.1. Terapia Conductual.....	16
2.4.1.1. Técnica de Aprendizaje Social.....	19
2.4.2. Terapia Racional Emotiva Conductual.....	22
2.4.3. Terapia Conductual Dialéctica.....	23
2.4.4. Modelo Psicodinámico.....	24
2.5. Abordajes de la Obesidad en Argentina.....	25
2.5.1. Alberto Cormillot.....	25
2.5.2. Máximo Ravenna.....	26
2.6. Método Ravena.....	27

2.6.1. La obesidad como adicción.....	27
2.6.2. Personalidad Adictiva.....	28
2.6.3. Tratamiento médico de reducción del peso.....	30
2.6.4. Tratamiento terapéutico.....	31
III. Metodología.....	33
3.1. Tipo de Estudio.....	33
3.2. Participantes.....	33
3.3. Procedimiento.....	33
3.4. Instrumento.....	33
IV. Resultados.....	35
4.1. Observaciones Generales.....	35
4.2. Objetivo 1: Conductas de los pacientes obesos en relación a la comida al ingresar al grupo CLAVE.....	36
4.3. Objetivo 2: Hábitos de salud que reportan los pacientes al ingresar al grupo CLAVE.....	39
4.4. Objetivo 3: Tipos intervenciones que realizan los terapeutas en el grupo CLAVE.....	41
4.5. Modificaciones de conductas en relación a la alimentación y cambios de hábitos de salud al finalizar un período de 3 meses.....	48
V. Conclusiones.....	51
VI. Bibliografía.....	57

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Institucional del Proyecto

La Práctica de Habilitación Profesional V se realizó en un Centro Terapéutico (C) de Capital Federal. Este centro está dedicado al tratamiento de la obesidad y otros desórdenes alimentarios. Su objetivo principal es la modificación de hábitos nocivos relacionados con la comida, a partir de la toma de conciencia respecto de límites, excesos y comidas .

La institución ayuda anualmente a cientos de pacientes a adelgazar de un modo sano, con el apoyo y el seguimiento de profesionales especializados, sin agregados de medicación ni cirugías (CTMR, s/f). Para todas las etapas vitales (la niñez, la adolescencia, la adultez y la tercera edad) y distintos niveles de sobrepeso, el Centro brinda planes nutricionales personalizados, educación alimentaria, terapias individuales o grupales y actividad física adaptada. Sin embargo, no se cuenta con internación, por lo que los pacientes que necesitan hospitalización son derivados a otras instituciones.

Los grupos están constituidos por aquellos dedicados al adelgazamiento y que funcionan como grupos de quince días de duración llamados *CLAVE* (Control y Límites en Adelgazamiento Veloz), los grupos de descenso veloz e intensivos de siete días llamados *INTERCLAVE* orientados a la reflexión con el objeto de corregir y mejorar lo que no se alcanzó previamente; grupos de funcionamiento quincenal y de fin de semana, llamados *VALE*, intensivos y orientados a personas con dificultades para asistir diariamente. Además, se cuenta con grupos semanales específicos para niños y para adolescentes.

La importancia de los grupos de descenso radica en el lema que sostiene la institución: “lo importante es adelgazar para cambiar los hábitos y no cambiar los hábitos para luego poder adelgazar (Ravenna, 2006). Esto radica en la idea de que a medida que se desciende de peso, los hábitos se van modificando gracias al estímulo que representa verse bien.

Ravenna (2006) afirma que se trata de un sistema coherente, contenedor y continuo, pero que confronta al paciente con su debilidad. Según este abordaje, no sólo se trata de enseñar a comer, sino de enseñar a las personas obesas a parar de comer. Específicamente, el método se basa en el *corte* inmediato con los excesos, la *medida* - en la porción, el cuerpo y la ropa- y la *distancia* entre las comidas y con la comida, para alcanzar la libertad y responsabilidad necesarias para poder decidir sobre los propios actos. Además, según este autor, este sistema proporciona:

- El desarrollo de recursos preventivos que permitan un accionar diferente.
- El reencuentro con la sexualidad.
- La construcción de una nueva identidad.
- La apertura para poder plantear el error y la dificultad.
- El cuidado del cuerpo de manera integral.
- El equilibrio entre el hacer, el pensar y el sentir.
- Es precisamente en los grupos de descenso, llamados CLAVE, donde se pudo observar la implementación de este sistema y por ende será la actividad seleccionada para la elaboración de la tesina.

El C afirma que esta problemática debe abordarse desde una perspectiva principalmente conductual (Ravenna, 2006). En el marco teórico de este trabajo se verá que el abordaje conductual para el control de la obesidad tiene entre sus objetivos modificar los hábitos de alimentación y aumentar el nivel de actividad física (Willson, 2002). Se parte del concepto que la manera de comer y la relación con la comida se aprenden y por lo tanto es posible sustituir ese aprendizaje erróneo por otro mejor (Moreno & Gargallo Fernández, 1997).

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Describir las problemáticas que traen los pacientes a los grupos de descenso, las distintas intervenciones que realizan los terapeutas y los cambios observados en los pacientes al finalizar el período de 3 meses.

1.2.2. Objetivos Específicos

1. Describir las conductas que presentan los pacientes obesos en relación a la comida al ingresar al grupo CLAVE.
2. Describir los hábitos de salud que reportan los pacientes al ingresar el grupo de descenso de peso.
3. Describir los tipos de intervenciones que realizan los terapeutas en el grupo CLAVE orientadas al cambio de hábitos y conductas.
4. Analizar si se producen modificaciones de conductas en relación a la alimentación y cambios de hábitos de salud al finalizar un período de 3 meses.

II. MARCO TEORICO

2.1. Definición y diagnóstico de la obesidad

El sobrepeso es considerado el sexto factor de riesgo más importante que contribuye a la carga total de enfermedad en todo el mundo (Haslam & James, 2005). Así, un billón de adultos y el 10% de la población infantil, son clasificados como pacientes con sobrepeso o “gordos” (Ravenna, 2007). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el año 2005 se registraron 58 millones de muertes en todo el mundo, de los cuales 24 millones y medio de personas (un 42%) murieron por causas derivadas del sobrepeso (Ravenna, 2007). La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, s/f).

Para su diagnóstico, es necesario calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) de una persona, es decir, el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2). Este índice constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, ya que la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Si bien estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, es importante considerar que existen pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas asociadas a la obesidad aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21.

La medición del sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 14 años es una tarea difícil ya que no existe una definición normalizada de la obesidad infantil que se aplique en todo el mundo. No obstante, pueden utilizarse como referencia los nuevos patrones de crecimiento infantil presentados por la OMS en abril de 2006 que incluyen tablas del IMC para lactantes y niños de hasta 5 años (OMS, s/F).

Autores como Haslam y James (2005), realizan una descripción más detallada del modo de diagnosticar la obesidad. Para éstos, la clasificación ponderal se realiza de acuerdo

con los datos antropométricos: se valora el IMC, las circunferencias corporales y pliegues cutáneos, según la edad y el sexo. Por ejemplo, un IMC de 25 a 29 indica Sobrepeso; un IMC de 30 a 34 indica Obesidad tipo I; un IMC de 35 a 39 indica Obesidad tipo II; y un índice mayor a 40 representa la presencia de Obesidad tipo III o mórbida, que es la obesidad con riesgo de vida.

La obesidad, por tanto, se produce cuando existe un exceso de tejido adiposo (grasa) en el cuerpo (Cormillot, 2004). Sin embargo, Ravenna (2004) considera que la obesidad, además de definirse como un incremento ponderal a expensas del tejido graso, debería pensarse como una patología que afecta a la salud psicofísica del hombre. La obesidad no es sólo pesar más. Este autor la define como una o varias enfermedades crónicas o recidivantes, que se caracterizan por una proporción excesiva de grasa corporal y se relacionan con importantes riesgos para la salud física y psicológica del individuo (Ravenna, 2007).

2.1.1. Una breve historia de la obesidad

Según Braguinsky (2005), la obesidad no existió significativamente para la especie humana sino hasta hace unos 10.000 años atrás, cuando primero la agricultura y mucho más adelante la Revolución Industrial la convirtieron en la primera enfermedad de la civilización. Sin embargo, la obesidad no puede considerarse saludable o riesgosa en sí misma, sino en función del contexto donde el obeso se desenvuelve. Por miles de años, debido a la falta de alimento, la obesidad se convirtió en protectora de la vida del ser humano.

Con el paso del tiempo y en los diferentes contextos la agricultura, la ganadería y la tecnología aseguraron los nutrientes necesarios para el alimento humano y su supervivencia, pero también hicieron campo fértil a la acumulación progresiva de grasa cuyos efectos fueron perjudiciales convirtiendo a la obesidad en una enfermedad. Por lo cual, según el momento histórico, económico y social, la obesidad fue una condición ventajosa, un inconveniente o una enfermedad.

2.1.2. Etiología de la Obesidad

En la génesis de la obesidad influyen tanto factores genéticos como del comportamiento, psicológicos, ambientales y culturales, entre otros. El descenso de las tasas de actividad física y el incremento en el consumo de alimentos con alto contenido calórico parecen jugar un papel fundamental en esta problemática. Según la OMS (2005), son varias las razones por las que se han incrementado los índices de obesidad en los últimos años. Por un lado, los cambios en los patrones alimentarios, que implica un mayor consumo de alimentos con alta densidad energética y bajo contenido de nutrientes. Por otro lado, una reducción de la actividad física debido a los avances tecnológicos que provocan una vida más sedentaria y una reducción del tiempo dedicado a jugar al aire libre. Asimismo, deben considerarse aspectos socioculturales, como ser el concepto sostenido por varios años en el que la obesidad estaba asociada a la salud y no a la enfermedad.

2.1.3. Tipos y clasificación de obesidad

Moral García y Redondo Espejo (2008) distinguen entre diferentes tipos de obesidad y realizan la siguiente clasificación:

- Obesidad abdominal o “en forma de manzana”, en la cual el exceso de grasa se localiza preferentemente en la cara, el tórax y el abdomen. Se asocia a un mayor riesgo de dislipemia que es cualquier alteración en los niveles normales de lípidos plasmáticos (fundamentalmente colesterol y triglicéridos) diabetes, enfermedad cardiovascular y de mortalidad en general.
- Obesidad periférica o “en forma de pera”, en la cual la grasa se acumula básicamente en la cadera y en los muslos. Este tipo de distribución se relaciona principalmente con problemas de retorno venoso en las extremidades inferiores (várices) y con artrosis de rodilla.
- Obesidad de distribución homogénea, es aquella en la que el exceso de grasa no predomina en ninguna zona del cuerpo.

Por su parte, Bastos, González, Molinero y Salguero (2005), proveen otro tipo de clasificaciones para la obesidad:

- Hiperplástica: Se caracteriza por el aumento del número de células adiposas
- Hipertrófica: Se observa un aumento del volumen de los adipocitos.

Asimismo, la obesidad se divide en función de sus aspectos etiológicos:

- La Obesidad Primaria representa un desequilibrio entre la ingesta de alimentos y el gasto energético que la persona presenta.
- La Obesidad Secundaria genera un aumento de la grasa corporal como consecuencia de determinadas enfermedades (ej. Hipotiroidismo)

2.2. Factores asociados a la Obesidad

2.2.1. Implicancias médicas de la obesidad

Varios autores advierten que, más allá de los problemas propios que esta enfermedad conlleva, sus efectos más negativos se producen debido a que la obesidad actúa como un agente que exagera y complejiza - a corto plazo y de forma muy evidente - patologías graves como la diabetes, la hipertensión, las complicaciones cardiovasculares (especialmente la cardiopatía isquémica), e incluso algunos tipos de cáncer como los gastrointestinales (Setién y Escalante, 2010).

Las personas obesas duplican la probabilidad de tener hipercolesterolemia (aumento del colesterol) y la diabetes es tres veces más frecuente. Algunos estudios recientes, sugieren, que la distribución de los depósitos grasos, es decir, tejido abdominal aumentado con incremento de la proporción cadera-muslo, es un predictor de enfermedades cardiovasculares (Setién y Escalante, 2010).

2.2.2. Implicancias psicológicas de la obesidad

La obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, sino también a psicopatologías como depresión y ansiedad, que a su vez, podrían estar asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal (Cañamares, 2002).

Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que los estigmatiza. Esta estigmatización muchas veces conlleva consecuencias negativas como alteraciones en las relaciones interpersonales – complejizando así la búsqueda de pareja - y menores posibilidades de acceso a buenos trabajos (Last, 2000). De este modo, la obesidad en muchos casos termina afectando la autoestima del individuo, perdiendo de este modo la confianza en sí mismo y en sus propias posibilidades. La autoestima, en cuanto manera de percibirse y valorarse que tiene cada persona, moldea la vida del individuo (Vidal, 2007).

Pocos trastornos son tan visibles a los demás como la obesidad, y aun menos trastornos generan tanta ridiculización y condena de parte de los demás (Seijas & Feuchtmann Sáez, 1997). Los obesos responden con vergüenza, pena y culpa. Muchos de ellos, y en particular los pacientes de nivel socioeconómico medio y alto, se ven cargados de un legado de fracasos para controlar su peso. Como Ravenna (2006) concluye, la obesidad – aun siendo una enfermedad crónica y tratable - es motivo de conflicto y de discriminación en la actualidad.

Las personas que padecen de obesidad viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera (Moral de la Rubia, 2002). Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios. Además, muchos obesos presentan síntomas de angustia y hasta trastorno alimentario compulsivo (Panzzita, 2005). Los obesos comedores compulsivos muestran

mayor índice de falta de control y culpa, así como bajos índices de autoestima y aceptación del cuerpo (Moreno, 2005).

Una de las tantas conductas relacionadas con la obesidad es el comer como respuesta a las emociones más diversas. Esta deriva de la dificultad que algunas personas presentan para identificar las sensaciones propias, no pudiendo distinguir hambre de saciedad o hambre de otras emociones que los embargan cotidianamente (Bruch, 2002). Algunos obesos manifiestan que, cuando se sienten tristes o solos, esta situación les produce hambre.

Otra de las conductas que el obeso relaciona con la comida según Seijas y Feuchtmann Sáez (1997), es que los pacientes obesos tienen la tendencia a subestimar la ingesta calórica real en comparación con las personas no obesas. Para contrarrestar este mecanismo de minimización, es necesario realizar controles más acuciosos de la ingesta, incluyendo los registros cotidianos de aquello que comen. Asimismo, es muy común que el obeso coma a escondidas produciendo atracones. Estos, son muy frecuentes en la obesidad mórbida. Según explica Abramson (1993), un atracón es generalmente, una consumición rápida de una gran cantidad de comida en un corto período de tiempo, por eso suele hacerse a escondidas con la sensación de que el acto de comer está fuera de control.

Los obesos presentan frecuentemente disfunciones sexuales o alteraciones en la vida sexual de la pareja como consecuencia de la enfermedad (Kronenberg, 2009). Estas personas, con independencia de sus trastornos orgánicos, pueden sufrir el rechazo de su pareja y en muchos casos manifiestan una baja en la autoestima, lo cual agrava cualquier trastorno sexual. Los trastornos sexuales son derivados por las enfermedades que complican la obesidad, sobre todo por las limitaciones físicas que provoca: fatiga fácil, cansancio, dificultad para moverse, ocultamiento y difícil acceso a los órganos genitales. Todo ello influye e impide una adecuada respuesta sexual, lo que conduce a la frustración.

Según Bauzá y Célis (2005), el obeso tiene muy poca tolerancia a la frustración. Esta situación generalmente se hace evidente después de unos días de tratamiento ya que los pacientes con sobrepeso no pueden esperar a bajar de peso gradualmente. Así como comen

veloz y vorazmente, esperan bajar de peso al mismo ritmo. En esta instancia de búsqueda de la pérdida de peso, el paciente no sólo manifiesta una estrecha dependencia con la comida, sino que se evidencia conductas de inseguridad, hipersensibilidad e inestabilidad emocional, características que se vislumbran en casi todas las personas obesas (García Camba, 2007).

Otro de los aspectos relacionados a la obesidad es la imagen corporal (Silvestri & Stavile, 2005). Ésta, es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real. La imagen corporal clásicamente se la define como la representación que se tiene del tamaño, contorno y forma del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus diferentes partes constitutivas.

Según Zukerfeld (2002), el registro de la *forma* o figura, clásicamente conocido por esquema corporal, hace referencia a las percepciones conscientes de la dimensión, la postura, los movimientos y la superficie corporal accesible a los órganos de los sentidos. El registro del *contenido* corresponde a las percepciones interoceptivas o propioceptivas, cenestésicas, habitualmente preconscientes y a las necesidades; como son los registros de hambre -saciedad, tensión-distensión, frío-calor, dolor, cansancio, etc. El registro del *significado* se corresponde con el concepto de cuerpo erógeno e incluye las representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes, la capacidad de comunicar y simbolizar y de crear relaciones vinculares intersubjetivas y sociales (Quiles, 2002). La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de sí o identidad (Faccini, 2002).

En la literatura existen diversos informes sobre el desarrollo de la obesidad (James & Sahakian, 1981). Dado que los factores fisiológicos y de aprendizaje pueden generar consecuencias metabólicas en la obesidad y que los acontecimientos metabólicos pueden determinar respuestas aprendidas a la comida, James y Sahakian (1981) concluyen que no deberían separarse en forma categórica los aspectos psicológicos de los fisiológicos o metabólicos de la ingesta de alimentos.

2.3. Obesidad y Hábitos de Salud

Es innegable la correlación entre las conductas del obeso en relación a la comida y sus propios hábitos de salud. Uno de los hábitos perjudiciales para la salud más frecuentemente presente en pacientes obesos es el consumo excesivo de tabaco (Fernández Vargas et al., 2001). A medida que el peso del cuerpo aumenta la dificultad respiratoria es mayor. Es así que muchas personas llegan al tratamiento de la obesidad con un diagnóstico de EPOC. Este síndrome, que produce principalmente una dificultad para respirar, asimismo genera descontento y enojo consigo mismo, un notable problema para disfrutar y sentir placer (anhedonia) y una manifiesta incapacidad para ocuparse de su persona aún siendo muy generosos con los demás (Fernández Vargas et al., 2001).

El conjunto de características que se presenta en la obesidad lleva a que las personas presenten frecuentes desbordes en distintas áreas de su conducta, no sólo con la comida sino también con la bebida e intenten variados y repetidos tratamientos que, por su inconstancia y por la mala relación que tienen consigo mismo, terminan abandonando reiteradamente (Rovira, 2010).

Como se explicó anteriormente, el obeso tiende al desborde y a los excesos. Por ejemplo, muchas personas tienden al consumo excesivo de alcohol como mecanismo para buscar alivio o para evadirse de los problemas acuciantes que los derrumban (Rovira, 2010). Es por ello que, en muchos casos, el obeso es adicto al alcohol. En estos últimos años se han incrementado los malos hábitos de salud en forma de adicción, porque se ha generado la necesidad de tener medios de descarga que provoquen un rápido alivio frente a las frustraciones y exigencias diarias (Ravenna, 2004).

Es interesante destacar, cómo la obesidad está fuertemente relacionada a los hábitos familiares (Atalah, Urteaga & Rebolledo, 1999). En particular, es notable observar cómo los hábitos de los padres influyen en los niños obesos. Un estudio realizado en Chile, ha revelado que el 92, 8% de los encuestados cree que la obesidad no se puede evitar y un

95,2% de los mismos, no relacionó el efecto que puede tener la actividad física sobre el peso corporal. Asimismo, la totalidad de la muestras señaló también la falta de motivación para incorporar alimentos saludables como verduras y frutas en la comida familiar, ya que sus hábitos de consumo de alimentos de alta densidad energética estaban fuertemente arraigados como para cambiarlos. Uno de los resultados más llamativos de este estudio es que el 98% de los padres encuestados no mostraron una actitud de apoyo para intentar controlar o revertir la situación de obesidad en su hijo obeso (Atalah, Urteaga & Rebolledo, 1999).

Algunos estudios hechos en Argentina con adolescentes, indican que el nivel de actividad física se realiza alrededor de los 13-14 años y luego disminuye considerablemente. Los motivos que llevan a un mayor estilo de vida sedentaria durante la adolescencia son: incremento en las horas en mirar televisión, disponibilidad de videojuegos y computadoras, seguridad personal y otros aspectos culturales del ambiente, los cuales puede disminuir las oportunidades para el ejercicio. Dentro de los aspectos culturales, cabe destacar la disponibilidad de servicios (ascensores, autos, escaleras mecánicas), disminución del espacio físico para el esparcimiento como así también la falta de disponibilidad y accesibilidad a equipos y establecimientos.

En la última década, se ha postulado una fuerte asociación entre el número de horas frente a la televisión y obesidad infantil (Díaz, 2002). La recreación pasiva (televisión, videojuegos, computación e Internet), no sólo disminuye el tiempo de actividad física y de juego activo, sino que también juega un rol determinante en el desplazamiento de energía, aumento de la ingesta y disminución de la tasa metabólica basal.

Si a los malos hábitos alimentarios se le suma la falta de actividad física, es innegable que en la sociedad actual los índices de obesidad continúen en aumento (Ravenna, 2004). Una persona diagnosticada con sobrepeso u obesidad, puede ser que haya practicado algún deporte cuando era más delgada, sin embargo, en la medida que aumenta de peso, hacer gimnasia puede ser una actividad muy frustrante, no sólo porque no logra adelgazar tanto ni tan rápido como desearía, sino por el mismo cansancio que dicha actividad le genera. Así,

involucrar a las personas con sobrepeso en la práctica de deportes se convierte en un desafío.

En la actualidad, la mayor parte de la modificación de la conducta del obeso se lleva a cabo a través de distintos abordajes terapéuticos, pero lo fundamental es que, un equipo multidisciplinario entrenado en nutrición, psicología clínica y educación física, trabaje en forma conjunta en pos del mejoramiento del paciente obeso. Por lo previamente expuesto, y las características multifactoriales de la obesidad, podría pensarse que el tratamiento de esta enfermedad debería abarcar varios aspectos de la vida de una persona.

2.4. Abordaje Terapéutico de la Obesidad

Desde el punto de vista terapéutico, la obesidad hace foco en los cambios de conducta alimentaria y los hábitos de salud, y puede ser tratada a partir de distintos abordajes terapéuticos.

2.4.1. Terapia Conductual

Los tratamientos conductuales gravitan el supuesto que los obesos además de los hábitos alimentarios erróneos que conducen a los errores en la alimentación, aprenden patrones de escasa actividad física y sedentarismo que se mantienen debido a estímulos ambientales como pueden ser la excesiva y sugerente exposición a los alimentos, modelos sociales incorrectos o refuerzos inadecuados del ambiente sociofamiliar.

El conductismo es una perspectiva psicológica que pone énfasis sobre la conducta observable y las relaciones entre estímulo y respuesta que tienen como consecuencia una conducta determinada (Pozo Municio, 2003).

A principios del siglo XX, Ivan Pavlov realizó su célebre descubrimiento de los *reflejos condicionados*. Observó que los animales no sólo salivaban ante estímulos físicos como olores o sabores sino también ante estímulos psíquicos, la sola presencia de la

persona que los alimentaba bastaba para que los perros salivaran (Pozo Muncio, 2003). Esto sentó las bases del *condicionamiento clásico*, que consiste en asociar un estímulo relevante denominado *estímulo incondicionado* a una señal o indicio anticipatorio, que sirve como *estímulo condicionado*. La respuesta que se da ante este último estímulo, se denomina *respuesta condicionada*.

Investigaciones posteriores han demostrado que tanto animales como las personas aprenden conductas nuevas de una forma más compleja, es decir, se aprende no sólo porque ciertos sucesos vayan seguidos de ciertas consecuencias gratificantes o aversivas, sino también porque no vayan seguidas de esas consecuencias (Albert, s/f). Aquellas conductas que tengan un efecto gratificador, porque resultan apetecibles o impidan una amenaza, tendrán más probabilidad de repetirse. Este es el principio básico del *condicionamiento operante*, enunciado inicialmente por Thorndike en 1898 y posteriormente desarrollado por Skinner mediante el concepto de *reforzamiento* (Pozo Muncio, 2003).

Skinner sostiene que una conducta queda reforzada, y por tanto aumenta la probabilidad de que ocurra, cuando esta es contingente con la obtención de un premio, al que se denomina *refuerzo positivo*. Para que este procedimiento funcione, la recompensa tiene que estar en relación al comportamiento, ser contingente a éste (ha de ser inmediato) y siempre ha de ir acompañado de la especificación de la contingencia y de refuerzo social. Asimismo, deben ser cognitivamente y emocionalmente apropiados para la persona. Por el contrario, el *refuerzo negativo* consiste en la desaparición de un objeto o hecho desagradable que antecede a la respuesta que nos interesa; como consecuencia de dicha desaparición, aumenta la frecuencia de la conducta deseada. La respuesta deseada es el medio que hace que se retire dicho objeto u hecho, es decir, desaparece como consecuencia de la conducta (Albert, s/f).

En cambio, una conducta será castigada, y en consecuencia tendrá menos probabilidad de que ocurra, cuando se aplica una consecuencia punitiva (Pozo Muncio, 2003). El castigo debe ser usado *sólo y exclusivamente* cuando otros procedimientos no hayan funcionado o cuando la propia vida de la persona esté en peligro y ello pueda evitarse

recurriendo al castigo. Tal es el caso de las conductas de autoagresión. El castigo es efectivo porque reduce o elimina rápidamente la conducta indeseable (Pozo Muncio, 2003).

Si una respuesta deja de reforzarse, podría retornar a su nivel primitivo, mediante el proceso denominado “*extinción*”. Este procedimiento debe ser aplicado a cualquier conducta mal aprendida. Consiste en, una vez identificado el reforzador, suprimirlo para que tal conducta desaparezca gradualmente. Es decir, en no dar la recompensa que la mantiene. La suspensión de reforzamiento debe ser completa; no se debe administrar nunca para esa conducta (Albert, s/f). Los comportamientos se fortalecen cuando se refuerzan y se debilitan cuando se castigan (Pozo Muncio, 2003).

El conductismo afirma que los seres humanos se comportan de acuerdo con lo que dicta su ambiente (Caballo & Ellis, 2002). Los psicólogos que emplean la perspectiva conductista centran la atención en el aprendizaje. Consideran la conducta como un producto de las relaciones estímulo-respuesta. No ahondan en el pasado ni tratan de hacer que las personas piensen por qué son como son. La psicología conductual asume que las conductas inadaptadas o problemáticas se adquieren a partir de un proceso de aprendizaje y por ende, pueden desaprenderse (Godoy, 1991).

En un estudio cuasi-experimental realizado en España (Berrocal, 2002), cuyo objetivo fue determinar la validez del modelo conductual en su explicación a la problemática del sobrepeso, determinaron que, desde un punto de vista conductual los hábitos de alimentación y actividad física son variables claves para explicar el origen y mantenimiento de la acumulación de grasa que caracteriza a la obesidad. Asimismo, la terapia conductual en la obesidad se ha mostrado, sistemáticamente, superior a otras intervenciones psicológicas para producir reducciones en el peso corporal.

Cabe destacar que, a largo plazo, los resultados de las investigaciones acerca de la efectividad de las intervenciones de tipo conductual en el tratamiento de la obesidad, han sido cuestionados (Berrocal, 2002). En el mencionado estudio, si bien el obeso descendió

de peso a corto plazo, esta reducción no tuvo un valor significativo a nivel clínico, y a largo plazo, cuando las intervenciones psicoterapéuticas ya habían finalizado, los efectos fueron nulos y los obesos recuperaron el peso inicial (Berrocal, 2002). Por lo expuesto, se infirió que la terapia conductual sólo se limita a modificar aquellos patrones de comportamiento desadaptativos (como los episodios de sobreingesta compulsiva) que presenta el individuo con obesidad y no, como se creía previamente, a desaprender conductas.

2.4.1.1. Técnica de Aprendizaje Social

A finales de los años 50, la teoría de aprendizaje comenzó a apartarse del uso de los modelos conductistas hacia un enfoque que descansaba en las teorías y modelos de aprendizaje provenientes de las ciencias cognitivas (Pozo Municio, 2003). Psicólogos y educadores dejaron de interesarse en las conductas observables exclusivamente para acentuar el rol que cumplen los procesos cognitivos más complejos como el pensamiento, la solución de problemas, el lenguaje, la formación de conceptos y el procesamiento de la información, siempre sin dejar de lado el contexto en que las conductas se llevan a cabo (Ertmer & Newby, 1993). En un sentido amplio, todos los aprendizajes son también aprendizajes sociales.

La forma más simple de aprendizaje social es la adquisición de habilidades sociales (Bandura, 1976). Comportarse en sociedad no sólo requiere ciertos códigos de intercambio cultural sino además habilidades para afrontar situaciones sociales habituales o conflictivas. Permanentemente se requieren habilidades sociales aunque las personas no se den cuenta en forma consciente. Para Bandura (1976), no basta con procesos de reforzamientos, ni un aprendizaje por ensayo y error, sino que considera que un acercamiento progresivo por modelado, sería una buena técnica para asegurar una conducta socialmente adecuada.

No se puede reforzar una conducta que no se sabe ejecutar, un aprendizaje por observación o modelado es el modo más eficaz para adquirir nuevas conductas sociales. Cuando se trata de conductas mínimamente complejas, el reforzamiento constituye un

medio eficiente para regular las conductas que ya se han aprendido pero es relativamente ineficaz para crearlas (Bandura, 1976).

La Teoría del Aprendizaje Social Cognitivo de Bandura sostiene que la mayor parte de las conductas sociales se adquieren observando cómo otros las ejecutan. Según Bandura (1976), el modelado o aprendizaje por observación está basado en una situación social en la que participan al menos dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada y el sujeto que realiza la observación de dicha conducta. Esta observación determina el aprendizaje. El modelado sirve tanto para aprender conductas nuevas como para inhibir conductas disruptivas.

Según Bandura (1976), el modelado o aprendizaje por observación, tiene ante todo una función informativa tanto de las conductas que pueden realizarse como de las consecuencias de las mismas. La eficacia del modelado será mayor, cuando las conductas a imitar sean fáciles y simples, teniendo en cuenta las competencias y conocimientos previos de quien imita. En relación a al tratamiento de la obesidad, es frecuente hallar instituciones y/o programas de televisión que utilizan esta técnica, a través de la presentación de casos exitosos, como una de sus principales herramientas para motivar a los pacientes a cambiar de hábitos y cumplir con el plan alimentario.

2.4.3. Terapia Cognitiva

Este abordaje plantea que las personas están influidas por la percepción de los eventos. No es la situación en sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien, la forma en que ella interpreta la situación (Beck, 1995). Las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos: 1) las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad"; 2) la cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales); 3) las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos (pensamientos y creencias); y 4) la modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

Los *pensamientos automáticos* son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves, que no suelen ser el resultado de un razonamiento, sino más bien aparecen automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal (“lo que me estoy diciendo a mí mismo”) y/o visual (imágenes), (“veo un avión y pienso que se va a caer”). De estos, surgen las *creencias centrales* o *nucleares* que son tomadas por la persona como *verdades absolutas*. Estas son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas son desarrolladas desde la infancia y consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas creencias intermedias, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos). Las creencias intermedias están constituidas por: reglas (normas), actitudes y supuestos (Beck, 1995).

En relación a los trastornos de la alimentación, las operaciones cognitivas se funden en el esquema de procesamiento automático de pensamientos distorsionados como mensaje que genera y mantiene el ciclo de errores cognitivos (García, Saldaña, Bach, Tomas & Bados, 1997). Los más frecuentes son, la subestimación, la generalización, el pensamiento dicotómico y supersticioso. Para un tratamiento bajo este abordaje, en una primera fase se solicita al paciente realizar una autoobservación con un autorregistro, no sólo del comportamiento alimentario, sino también del procesamiento de la información. En una segunda etapa, se introducen técnicas más personalizadas con el fin de incrementar las habilidades en enfrentamiento situaciones que implican comida, por medio de técnicas de identificación de pensamientos disfuncionales, errores cognitivos, búsqueda de soluciones alternativas, técnicas de distracción, relajación, programación de actividades y biblioterapia.

Los estudios indican que la terapia cognitiva es altamente eficaz al momento de desarticular pensamientos automáticos y creencias para que el paciente obeso pueda reducir su peso (García et al., 1997). Como lo demuestran los resultados de un estudio realizado en Barcelona, los pacientes lograban reducir hasta un 25% de su peso total al comienzo del tratamiento con dietas LVCD, e incluso continuaban la reducción de su peso cuando la dieta era de 1500 calorías, es decir, consumían las calorías de un mantenimiento. Sin embargo, es importante destacar que estos resultados no se sostenían en el largo plazo y varios de los participantes recuperaron hasta el 50% de su peso anterior al estudio.

2.4.2. Terapia Racional Emotiva Conductual

La Terapia Racional Emotiva Conductual, propuesta por Albert Ellis en 1965, comparte con la Terapia Cognitiva Conductual la idea de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamientos equivocados o irracionales (Ravenna, 2006). Ellis construyó el modelo conocido como A-B-C donde A es el acontecimiento, B es la creencia que se tiene sobre A y C es la consecuencia (Caballo & Ellis, 1997). Este modelo se basa en que las personas suelen mantener un sistema atribucional o causal sobre su propia conducta. Es decir, no son los acontecimientos externos o internos en sí mismos los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas, sino que es el propio sujeto - aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos - quien produce esas consecuencias. Que estos eventos produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales, dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas –creencias – de ese sujeto particular (Naranjo Pereira, 2004).

Caballo y Ellis (1997), se dedicaron a profundizar y ampliar las aplicaciones clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras, que tenían como eje central convertirse en "métodos de autoayuda". Los principales puntos teóricos de esta terapia se basan en las metas y racionalidad que tienen que tener los objetivos de los sujetos. Otro punto es la cognición y los procesos psicológicos en los cuales están interrelacionados y afectándose mutuamente el pensamiento, el afecto y la conducta (Caballo & Ellis, 1997). A

nivel del pensamiento estarían las creencias racionales y las irracionales. Las primeras, son aquellas que no revisten altos grados de exigencia o que no son absolutistas; las segundas, revisten un alto grado de exigencia y muy absolutistas. En las intervenciones propias de este marco terapéutico se intenta modificar la rotulación cognitiva (expectativas, creencias y actitudes) para reestructurar las creencias irracionales del paciente buscando romper los marcos de referencia que pueden ser desadaptativos (Rosemberg Kort, 2003).

2.4.3. Terapia Conductual Dialéctica

La Terapia Conductual Dialéctica (TCD) es una disciplina creada por la Dra. Marsha Lineham que incorpora puntos de vista y técnicas como la Psicodinámica, el Conductismo y el Cognitivismo, entre otras (Ravenna, 2006). Se trata de un tratamiento psicoterapéutico basado en evidencia empírica, desarrollado originalmente para pacientes suicidas con Trastorno de Personalidad Limítrofe. La TCD equilibra estrategias de cambio y aceptación, incorporando técnicas conductuales orientadas a la extinción de conductas disfuncionales y el refuerzo de aquellas más adaptativas (Gempeler, 2008). Esta terapia está asociada a técnicas dialécticas y a la práctica del Mindfulness, que favorecen la aceptación y validación por parte del paciente y el terapeuta.

La TCD incorpora técnicas cognitivo conductuales, con especial énfasis en el análisis detallado - paso a paso - de eventos gatillantes y conductas desadaptativas y el desarrollo de estrategias de intervención como solución de problemas, exposición, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades y manejo de contingencias. La TCD propone estrategias como entrenamiento en habilidades conductuales, emocionales y cognitivas, procedimientos de contingencia, exposición y confrontación, de situaciones y comunicación recíproca (Hayes, 2004). De este modo, la terapia conductual dialéctica estimula el desarrollo de habilidades en los dominios de la concienciación, la regulación de las emociones, la afectividad interpersonal y la tolerancia a las dificultades.

En un estudio publicado por la revista científica *World Psychiatry* de 2007, se expresa que los fundamentos de este tipo de terapia pueden ser útiles para el tratamiento del

trastorno por atracón, de esta manera, evaluaron en 44 mujeres con este diagnóstico (según los criterios del DSM-IV), la aplicación de terapia conductual dialéctica durante 20 semanas, en comparación con un grupo constituido por mujeres que permanecieron en lista de espera. La terapia conductual dialéctica dio lugar a una reducción mayor en el número de días con episodios de atracón y en el número de estos episodios, así también, a una reducción en la preocupación por el peso corporal, la silueta corporal y la comida. Sin embargo, los dos grupos evaluados no presentaron diferencias en cuanto a la disminución del peso corporal ni en cuanto a la modificación de la depresión o de la ansiedad (Bulik, Brownley & Shapiro, 2007).

2.4.4. Modelo Psicodinámico

En los modelos psicodinámicos la terapia no tiene como finalidad eliminar el síntoma presentado por el paciente, sino el cambio de la estructura de fondo, retrocediendo a la infancia y elaborando las fases de evolución de la personalidad por medio del método de la asociación libre (Zuckerfeld, 2002). En esta línea, este autor plantea un modelo con el que propone dar una explicación psicoanalítica a la obesidad y esboza dos tipos de funcionamiento para el aparato psíquico coexistentes entre ellos. Uno es la estructura edípica conflictiva (EEC) universal y común a todo sujeto hablante, funciona de acuerdo con el principio del placer freudiano y constituye un discurso posible por la existencia de la represión a partir de la cual se producen los sueños, actos fallidos, chistes etc. En este sentido, un sujeto será neurótico, y las huellas que hayan dejado sus vivencias en lo reprimido podrán ser activadas en cualquier momento. Si del Ello una carga somática le molesta al sujeto, pasará por la barrera de la represión y se ligará con las representaciones que el sujeto tiene de niño, por ejemplo: exceso de tensión se traduce en cansancio y no en hambre (Zuckerfeld, 1992).

El otro funcionamiento es la estructura narcisista homeostática (ENH), funciona con el más allá del principio del placer y constituye actos evacuativos. Implica una imposibilidad de procesamiento representacional y se mantiene un modo de funcionamiento en términos de carga y descarga, sería la parte psicótica del individuo. La carga somática no

tiene ligazón con ninguna representación, las huellas no son evocables, por lo tanto la descarga se produce en dos acciones: conductas (comer en exceso o sin hambre) o en el propio cuerpo (anorexia bulimia).

2.5. Abordajes de la Obesidad en Argentina

Los tratamientos más recientes utilizan distintas combinaciones de tratamientos: modificación de conducta, fármacos, ejercicio físico, información dietética, reestructuración cognitiva, apoyo social del compañero o grupal y técnicas de resolución de problemas en el mantenimiento.

2.5.1. Alberto Cormillot

Cormillot (2004) plantea que la persona obesa sufre una enfermedad crónica, en coincidencia con Ravenna (2004), y si bien ésta no tiene cura, es posible alcanzar una recuperación perdurable, siempre y cuando sostenga en el tiempo un estilo de vida donde aprenda nuevas conductas y maneras de gozar de la vida, de las relaciones y hasta de sí mismo, sin falsos apoyos como la comida, el atracón, la dieta exagerada o la purga. Se busca que la persona pueda desarrollar diversos intereses y fortalecer la red social.

Para esto, el individuo tendrá que modificar progresivamente el modo en que se piensa y se siente respecto del cuerpo, la comida y el movimiento para fortalecer la decisión y el compromiso de manejar el tratamiento (Cormillot, 2004). Se enseña a la persona a utilizar técnicas para reducir la ansiedad y el estrés y de este modo aprender a disfrutar de la comida sin culpa. No hay alimentos prohibidos, sino que se promueve dar más preferencia a algunos y menos a otros. Los pacientes reciben información acerca de cómo elegir los alimentos, leer las etiquetas, comprar, cocinar y hasta presentar la comida. La nutrición equilibrada es considerada como una de las claves para mejorar el estilo de vida. Por último, también se promueve la actividad física a fin de recuperar el peso adecuado y

de mantener altos niveles de movimiento en la vida diaria para contrarrestar el sedentarismo.

Cormillot hace foco en las etapas de Prochaska y Di Clemente (1992) para el tratamiento de la obesidad, éstos autores advierten que el proceso de cambio es muy complejo. Explican que la mayoría de individuos no progresan linealmente a través de los distintos estadios de cambio (precontemplación, contemplación, determinación/ acción cambios, mantenimiento, recaída). De manera alternativa, ofrecen un modelo de “puerta giratoria” que se basa en el supuesto de que los individuos hacen innumerables giros alrededor del círculo de estados anteriormente mencionados antes de conseguir sus objetivos a largo plazo. Los autores mencionados, también observan, que algunos individuos se anclan en los primeros estadios.

2.5.2. Máximo Ravenna

Ravenna (2004) aborda la obesidad como un problema de conducta, una adicción o tendencia a comer más de lo necesario. Desde esta perspectiva, tener sobrepeso o padecer de obesidad es sinónimo de ser "excesivo en conducta, en cuerpo, en plato y en talle". Según Ravenna (2007), las conductas que llevan al exceso son aquellas que carecen de medida, de límite. Para este autor, adelgazar es una gran oportunidad para educar la tolerancia. Así, considera fundamental el descenso de peso en primer lugar, para poder cambiar los hábitos posteriormente, a diferencia de otros que buscan cambiar los hábitos para luego poder adelgazar. Ravenna considera que a medida que se descende de peso, los hábitos se modifican gradualmente gracias al estímulo que representa verse bien.

Para que un tratamiento sea exitoso, es prioritario contar con un sistema coherente, contenedor y continuo, que a su vez confronte a la persona obesa con su debilidad (Ravenna, 2007). Inicialmente no se busca enseñar a comer a las personas, sino que se promueve un descenso rápido de peso que actúe como principal motivador. De este modo, el “método Ravenna” se basa en el “corte” inmediato con los excesos, la “medida” en la porción, el cuerpo y la ropa, y la “distancia” entre las comidas y con la comida.

2.6. Método Ravenna

Por lo expuesto anteriormente, Ravenna es categórico cuando enfatiza que el obeso sufre de una adicción a la comida, en este sentido este autor teoriza al respecto.

2.6.1. La obesidad como adicción

Según Ravenna (2006), dentro de los aspectos psicológicos relacionados a la obesidad, está la adicción en la que se ve involucrado el individuo. Esa pasión incontrolable por la comida tiene un origen que le es común a otras adicciones: la insatisfacción y la búsqueda del placer inmediato que diluya rápida y vorazmente aquello que lastima, enfurece y angustia. En el CTMR, la obesidad se aborda, no como un síntoma aislado o un desborde físico, sino que obedece a una conducta de base que la sostiene, ligada con el descontrol, el autoengaño, con la falta de límites y la dependencia. Es decir, con todos los mecanismos que subyacen también en cualquier otra adicción. Se cree que la obesidad es el síntoma de una adicción y como tal debe ser tratada como un problema de conducta, una tendencia a comer más de lo necesario (Ravenna, 2007).

La adicción es considerada como una enfermedad que se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales (Ravenna, 2006). La adicción es considerada una enfermedad frecuentemente progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos o periódicos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación de la enfermedad. La conducta adictiva del obeso lo lleva al desborde, a la compulsión, al atracón. Así, es muy común que estos pacientes tomen indiscriminadamente laxantes y diuréticos (Haslam & James, 2005). Es sabido también, que aún hoy, los mayores consumidores de derivados anfetamínicos son pacientes obesos, muchos de los cuales desarrollan dependencia de estos productos (Zukerfeld, 1992).

Sin embargo, otros autores no asocian la conducta compulsiva de comer a la adicción. Por ejemplo, Fairbun (1995) expresa que la característica primordial de la ingesta compulsiva es la sensación de pérdida de control. Este rasgo, por encima de cualquier otro, la diferencia de la sobreingesta común o hiperfagia. La conducta compulsiva de comer se asocia, al menos con tres de las siguientes características: comer más rápido que lo habitual; comer hasta sentirse inconfortablemente “lleno”; comer grandes cantidades de comida sin sentir hambre; comer solo por sentirse cohibido por la cantidad que se está comiendo y sentirse asqueado, deprimido o culpable después de haber comido en exceso.

Si bien la obesidad no es una conducta adictiva per se, sino que es una o varias enfermedades que se desencadenan a partir de un comer excesivo, ese comer excesivo, en muchos casos, es producto de un hábito que se hizo crónico en el tiempo por las repetidas veces que se produjo (Ravenna, 2004). Así, habla de “Síndrome Adictivo” y explica que el mismo, puede manifestarse en adicciones de conducta y adicciones de ingesta. Sostiene que la adicción es muy común y que probablemente todos los seres humanos sean adictos.

2.6.2. Personalidad Adictiva

Según Puig Rovira (1996), la personalidad es una variable individual que constituye a cada persona y la diferencia de cualquier otra. Ésta, determina los modelos de comportamiento, los estados de ánimo del individuo, sus actitudes, motivos y métodos. La personalidad está formada por características innatas más la acumulación de experiencias y acciones recíprocas entre el ser humano y su medio, lo que la constituye en un concepto de naturaleza multidimensional (Fierro, 1996). Todas estas características se ponen de manifiesto cuando el individuo se relaciona con su entorno. De esta manera, cada persona responde de forma distinta ante las mismas situaciones.

Jarne y Talam (2009) expresan que algunos rasgos de personalidad aumentan la posibilidad de ser adicto. Ravenna (2004) considera que con respecto a las adicciones que existen, las mismas tienen en común algunas características que identifican al individuo que sufre de algún tipo de adicción. Las personas a las que se les endilga tener una personalidad

adictiva, tienden a aislarse socialmente y no aceptan el rótulo que les pone la sociedad. Tienen una tendencia a adquirir cualquier otro tipo de adicción, además de la comida, como por ejemplo el alcohol y el tabaco. Sentimientos de aislamiento y de falta de intimidad es lo que los hace volcar a las adicciones, la sustancia u objeto motivo de la conducta, se convierte en un sustituto de la soledad en la que viven, de la falta de afrontamiento al estrés diario y de su inhabilidad de compartir con otros en situaciones sociales. Este tipo de personalidades tienen inconvenientes en manejar sus emociones, en planear y mantener metas a largo plazo, porque además, exhiben comportamientos impulsivos y compulsivos para solucionar un problema diario (Jarne & Talarn, 2009).

Ravenna (2007) describe la personalidad adictiva como aquella que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neuroreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo. Según este autor, la enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados:

- Objeto droga: si bien la comida no tiene efectos tóxicos inmediatos ingerida en exceso abandona su función nutricional y placentera para transformarse en un elemento tóxico generando dependencia, enfermedad física y psíquica.
- La persona: una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo ni con su comportamiento, actuando en forma demandante, invasora y a la vez se deja invadir.
- La familia: ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas, sobre todo aquellas donde está alterada la relación entre unos con otros.
- Factores socioculturales: la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño.

Ravenna (2004) afirma que esa dependencia hace que el obeso adapte su estilo de vida al mantenimiento de la conducta adictiva, la cual si se mantiene en el tiempo seguirá con la negación de los efectos agresivos minimizando, justificando y auto-engañándose. Es precisamente en esta etapa cuando se involucra el entorno. Ya en una etapa final las conductas son automáticas y manejadas por las emociones. La comida no es adictiva, pero sí lo es la conexión del individuo con ella.

El adicto a la comida, como cualquier otro dependiente, es capaz de hacer cualquier cosa con tal de conseguir su sustancia: comer a escondidas (en el baño, en el armario, abajo de las cobijas), robar comida o dinero para adquirirla, gastar excesivamente en alimentos, esconder la comida en los cajones, abajo del colchón, forzar las cerraduras para conseguir chocolates, recoger lo que se cae al piso o lo depositado en la basura e ingerirlo, comer comida fría del refrigerador, aislarse para así comer todo lo que pueda (Lizardi Hoyos, 1995).

Las conductas adictivas, automáticas y transgresoras son comportamientos recurrentes que tienden a buscar placer inmediato y por ende, son momentáneos. En esta instancia, según Ravenna (2006), no se puede tratar a la obesidad como un síntoma aislado, por el contrario, se debe trabajar sobre la conducta de base que la sostiene que es el descontrol, el autoengaño, la falta de límites y la dependencia.

2.6.3. Tratamiento médico de reducción del peso

Según Ravenna (2004) la dieta es el componente esencial de las intervenciones para reducir de peso. Desde esta perspectiva, se pone el acento en la sujeción al plan indicado. Lo distintivo del método que se aplica en el Centro Ravenna es el énfasis en adelgazar para cambiar de hábitos y no en cambiar de hábitos para adelgazar (Ravenna, 2004).

El método o tratamiento para adelgazar que lleva a cabo el Dr. Ravenna es lo que se denomina VLCD (Very Low Calory Diet) que son las dietas de muy bajas calorías. Éstas

son dietas que van desde las 400 calorías a 600 en la etapa del descenso de peso. Ravenna (2006) afirma que este tipo de dietas se usan desde la década del 70 con mucho éxito. Sin embargo, las VLCD son muy criticadas. Autores como Katz (2008), plantean que no sólo no se puede comer tan pocas calorías sino que ni bien se abandonan estas dietas, se aumenta de peso el doble de kilos que los bajados. En general, estas dietas inducen una restricción de la energía ingerida muy severa, que conduce a deficiencias en vitaminas y minerales, alteraciones del metabolismo y a una monotonía alimentaria que las hace insostenibles en el tiempo y peligrosas para la salud. Se caracterizan, por las escasas calorías que aportan.

Como Katz (2008) explica, ante una situación cercana al ayuno, el organismo reacciona compensando la falta de energía recibida con un aumento de la destrucción de las proteínas corporales, como fuente alternativa de energía, lo que provoca una pérdida de masa muscular. Por otro lado, se forman sustancias peligrosas para el organismo, cuando la dieta se prolonga en el tiempo. Un problema adicional de estas dietas, como se explicó anteriormente es la rápida recuperación del peso perdido, también conocido como “efecto rebote”. El peso recuperado se debe predominantemente a la formación de tejido graso, que es, precisamente, el que origina problemas de salud y el que se debería reducir con la dieta (Moreno, Hernández, Ortega & Lajo, 2004).

2.6.4. Tratamiento terapéutico

El enfoque terapéutico del C tiende a arribar a una síntesis de las distintas propuestas de tratamiento y estudios al respecto, sin adoptar exclusivamente una perspectiva teórica desde la cual trabajar, sino que prioriza la adopción de un abordaje terapéutico determinado según la situación particular del paciente (Ravenna, 2006). Sin embargo, este autor sostiene que para el tratamiento de la obesidad, descenso rápido y cambio de hábito, las terapias derivadas del conductismo – terapia cognitiva-conductual, terapia racional emotiva conductual y la terapia conductual dialéctica – son las más eficientes.

Ravenna (2004) sostiene que la mejor manera de abordar el cambio conductual es a través del trabajo grupal. La filosofía y la dinámica de grupos aplicada en el C no pertenecen a un método preestablecido sino que deriva de su amplia experiencia y la observación de la ayuda que genera el acompañamiento de otro en la misma condición. Esto no implica que no se puedan encarar tratamientos individuales exitosos sino que lo grupal es más eficiente. Ravenna (2006) considera que la ventaja de los grupos numerosos reside en que a cuanto mayor es la cantidad de gente que asiste, mayor es la energía que se genera en el mismo, y esto facilita el contagio en las ganas de descender de peso. La sinergia de voluntades en una misma dirección es muy estimulante y se autopotencia. Otro elemento fundamental para Ravenna es que el grupo sea heterogéneo, y que haya gente de distintos sexos y edades (Ravenna, 2004).

Según Ravenna (2006), el trabajo en el grupo se orienta a desarticular las trabas cognoscitivas que presenten los pacientes, planteadas como cuestiones generales y no como problemas, porque con el objeto de potenciar las fuerzas internas del grupo, se ventilan cuestiones que interfieren en la dinámica del crecimiento grupal, y no conducen a ningún sitio, el grupo se asfixia con la exposición de las intimidades de sus integrantes y todos asumen el rol de consejeros espirituales o conductuales, sin estar capacitados para ese fin.

En los *grupos de descenso CLAVE*, se trabaja principalmente con técnicas conductuales para ayudar a los pacientes cambiar de hábitos. Los psicoterapeutas insisten en la no trasgresión a la dieta, recalcan que con lo indicado, el obeso entra en un tipo de estado que le posibilita no sentir hambre y así cumplir con lo propuesto en la dieta, además de habituarse a ingerir cuatro litros de agua por día. El abordaje conductista busca remediar las conductas negativas a través de recompensas y reforzar las buenas conductas (Ravenna, 2006). Asimismo, se utiliza el modelado para imitar a los pacientes cuyo descenso de peso es altamente significativo para el resto del grupo. En estos grupos, se abordan también las creencias y los pensamientos erróneos que entorpecen el tratamiento a fin de desarticular el circuito adictivo de la comida. Este enfoque desde el cognitivismo se lleva a cabo en sus dos variantes, Dialéctica y Racional (Ravenna, 2006).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Estudio

Estudio Descriptivo

3.2. Participantes

El caso en estudio fueron las personas que participaron del Grupo del C El mencionado grupo constaba de unas 30 a 50 personas con sobrepeso y obesidad extrema. Algunos pacientes llegaron por primera vez, y otros fueron reincidentes, es decir, bajaron de peso un tiempo y antes de llegar al peso estipulado se retiraron del C. En la Tabla 1 se presentan los datos descriptivos de algunos participantes del grupo cuyos testimonios han sido utilizados para la realización del presente informe.

3.3. Procedimiento

Dentro del período que duró la residencia, se observó diariamente y de modo no participante las actividades desarrolladas en el grupo denominado CLAVE.

El método para la recopilación de la información se realizó a través de la observación y escucha directa de la asistencia de los pacientes durante la permanencia en tratamiento. El registro se llevó a cabo a través de las anotaciones en un cuaderno. Posteriormente, los testimonios de interés para el presente informe fueron transcritos.

3.4. Instrumento

Teniendo en cuenta, que el C no pone a disposición de ningún pasante las historias clínicas de sus pacientes, como instrumento principal para la recolección de datos se utilizó

la observación del grupo. Para una sistematización de las mismas, se tuvieron en cuenta y se focalizó sobre los siguientes aspectos:

- 1) conductas que presenta el obeso al momento de ingresar al C. Por ejemplo, acciones indicadores de ansiedad, acciones con falta de control sobre la comida.
- 2) hábitos de salud como el nivel de ejercitación, una dieta nutritiva, la ingesta de alcohol, la organización de las comidas, entre otras.
- 3) intervenciones terapéuticas de los coordinadores: ayudar al paciente a establecer metas y objetivos, acciones y pasos para lograrlos, instrucción en desarrollo de habilidades, adiestramiento en enfrentamiento de los problemas; confrontación y role-playing, entre otras.
- 4) modificaciones de hábitos y conductuales de los obesos.

IV. RESULTADOS

4.1. Observaciones Generales

Los grupos funcionaban diariamente. Se observó que la clínica proveía a los pacientes que comenzaban el tratamiento unas viandas de comida para el almuerzo y la cena, dado que el desayuno y la merienda los tomaban generalmente en sus casas. Estas viandas son servicios adicionales que, si bien los pacientes deben abonarlas, facilita el tratamiento a la hora de conocer la medida de lo que se debe consumir. Asimismo, los pacientes que recibían permiso médico contaban con días y horas para hacer actividad física dentro de un salón de la clínica, que también se ofrecía como servicio adicional para acompañar el tratamiento.

En el salón donde se desarrollaba la terapia de grupo, las sillas estaban ubicadas en forma de herradura. Por su parte cóncava, se producía la entrada del Dr. , quien aparecía 30 o 40 minutos antes de la culminación del grupo. Del otro lado, se encontraban las sillas para los dos terapeutas y una tercera - vacía - para el doctor. Los grupos constaban de entre 50 a 100 personas y ha habido días en las que se excedía esta cantidad de gente. Las personas eran de ambos sexos y con edades variadas. No todos los pacientes eran obesos, a algunos sólo faltaba poco para llegar al peso ideal, otros eran los denominados “reincidentes” y por otro lado, algunas eran mujeres que distaban poco de ser anoréxicas. Los pacientes podían acceder a la compra de todos los libros escritos por el Dr. y los duplicados de las cintas de lo hablado en el grupo, día por día, solicitándolas con 2 días de anticipación.

Es dable aclarar que excepto una psicóloga llamada B, mano derecha del Dr. , quien tenía formación en psicología cognitiva-conductual, el resto del equipo trabajaba con un abordaje de corte lacaneano.

Además como se expresó al principio de este trabajo, no estaba permitido grabar lo dicho en el grupo, pero el C graba permanentemente todos los grupos todos los días de la

semana, porque luego los ofrecían para que los compraran, sobre todo los pacientes que vivían lejos, así, al decir del Dr. : “se sienten como si estuvieran acá”

4.2. Objetivo 1: Conductas de los pacientes obesos en relación a la comida al ingresar al grupo CLAVE

De las observaciones se pudo inferir que, tal como sostiene James y Sahakian (1981), el obeso llevaba al C, no sólo una carga genética que lo condicionó a ser obeso sino que además mantenía conductas aprendidas desde chico que lo condicionaban a desarrollar esta enfermedad. Los pacientes obesos están favorecidos por un entorno sociocultural que contribuye a desarrollar la obesidad como resultado de las conductas que ese ambiente presenta a la hora de hacerse de comida. Esto se pudo verificar en las palabras de Ce, una adolescente con un exceso de más de 90 kg. quien dijo: “si no me ayudan en casa no puedo hacer la dieta... porque somos descendientes de a ...” en alusión a lo mucho que se comía en su casa, al acto de sentarse siempre en familia alrededor de la mesa e ingerir grandes cantidades de comida. En muchos de los testimonios recabados, los rituales familiares en relación a las comidas, ya sea tipo de platos y sus características nutricionales, el tamaño de las porciones y los modos de compartir la mesa, son algunos de los determinantes en el desarrollo de un sobrepeso.

Se observó que, en general, el obeso tiende a adaptar sus conductas a las complicaciones que le genera la propia enfermedad en lugar de tratar de resolverlas. Tal fue el caso de F, una intelectual del arte que estaba desesperada no sólo por su peso, sino porque la retención de líquidos era tan grande que un día comentó: “no encuentro zapatos que me entren, muchas veces tengo que ponerme las botas desabrochadas...”. La psicóloga contestó: “si seguís comiendo vas a terminar usándole los zapatos a tu marido” y F le contestó: “mi marido se come todo también si sigue así a él tampoco le van a entrar sus propios zapatos”

Cuando se indagaba sobre las conductas concretas que llevaban a las personas a comer más allá de lo que su organismo requería, inexorablemente las conversaciones convergían en temas como la adicción a la comida y el comportamiento compulsivo.

Lizardi Hoyos (1995) manifiesta que los pacientes obesos con personalidades adictivas pueden manifestar conductas que podrían considerarse extremas como esconder la comida, forzar cerraduras de armarios o robar. Este es el caso de L, un paciente de 187 kgs. quien contaba que llegó a robar dinero a su propia familia para comprar golosinas y concluía “si yo tuviera todo el dinero que gasté en comida sería rico” . Asimismo, G, quien antes de ingresar al C estuvo internado en una Clínica , comentó que varias veces lo encontraron “asaltando las heladeras de la cocina de la clínica, pero nunca pude romper las cadenas con las que estaban atadas, otras veces traté de sobornar a las enfermeras, hasta que me pidieron que me retire” Así, Ravenna (2006) sostiene que la obesidad no debe ser tratada como un síntoma aislado sino como una serie de conductas - descontrol, el autoengaño y la falta de límites - que sostiene esa enfermedad.

Otro de los comportamientos recurrentes en los obesos, es el hecho de sostener la dieta durante el día pero levantarse a la noche y comer sin límites, o bien, pasar varios días cumpliendo con el régimen y luego tener repentinos atracones. En una de las observaciones realizadas, S, comentaba: “¿para qué me voy a comprar ropa si siempre estoy gorda aunque haga dieta?”. En ese momento, R contestó: “no se puede ser monja de día y puta de noche”, argumentando que hacia dieta de día y comía de noche .

En la misma línea, otra paciente, A, explicaba que cuando se encontraba sola y de noche, se descontrolaba con comiendo todo lo que estaba a su alcance. Esta señora de unos 45 años, comentó que durante el día ella hacía toda la dieta bien, pero el problema era la noche: “tengo un solo hijo que a las 21 horas ya está en la cama para ir al colegio al otro día, pero yo tengo que esperar a mi marido hasta casi las 23 hs. y eso es una tortura para mi, porque mientras espero como cualquier cosa y luego ceno con él”. Estos atracones son lo que Abramson (1993) describe como una consumición rápida de comida, en corto tiempo y a escondidas. Esta conducta produce, al mismo tiempo, una sensación de culpa y vergüenza que complejiza el cuadro. Tal como afirma Puig Rovira (1996), lo que conduce a este tipo de desborde es la personalidad adictiva que tienen los pacientes obesos.

De las observaciones realizadas en el C dentro del grupo , se desprende que los obesos tienden a comer como respuesta comportamental a las variaciones en sus estados de animo y ante la presencia de emociones negativas. Como Bruch (2002) sostiene, los obesos tienen dificultades para identificar sus propias sensaciones y distinguir hambre de saciedad o hambre de otras emociones que los embargan cotidianamente. La consecuencia conductual es el comer como respuesta a las emociones más diversas. Como manifestó C, que hacía sólo 1 mes que asistía al grupo, desde que estaba deprimida comía más y por ello no bajaba de peso. Rla confrontó diciéndole: “mirá, no me jodas, la depresión no da hambre, a lo sumo llorarás o estarás siempre tirada en la cama, comés porque tenés un vínculo adictivo con la comida, a lo mejor hubieras chupado o te hubieras drogado...”

Se observó que varios pacientes presentaron dificultades para decir “NO” a los ofrecimientos de comida y a las invitaciones sociales que implican compartir comidas. Tal fue el caso de F, quien era uno de los tantos repartidores de viandas al por mayor, es decir, que viajaba mucho al interior del país, el día que vino de su recorrido estaba más gordo que cuando se fue y dijo: “bueno, que querés, estoy siempre manejando en la ruta, no tengo horarios y la gente del interior me convida con cositas, y yo a veces no resisto” . Tal como sostuvo F, comer fuera del horario pautado normalmente para las cuatro comidas mínimas que requiere una persona, es una de las conductas que muchos de los pacientes presentan y que los perpetúan en la enfermedad.

Para otros, estar relacionados laboralmente con la comida -como panaderos, confiteros, gastronómicos o empleados de kioscos- produce un mayor descontrol a la hora de comer. Así fue el caso de A, comentaba que se le hacía imposible sostener la dieta mientras trabajaba, no sólo porque está rodeada constantemente de todos los “prohibidos” sino también porque su trabajo implicaba a degustación de los productos.

Por otro lado, es frecuente que la persona con sobrepeso, sobre todo aquella con obesidad mórbida, presente conductas sexuales disfuncionales. Las limitaciones físicas como la fatiga, cansancio, dificultad para moverse, ocultamiento y difícil acceso a los órganos genitales, impiden una vida sexual óptima. Krenenberg (2009) afirma que la

obesidad es uno de los tantos problemas que acarrear disfunciones sexuales dado que en muchas ocasiones se puede sufrir el rechazo de la pareja o son los mismos obesos quienes manifiestan una baja en la autoestima. Tal fue el caso de R que había estado más de doce años sin tener relaciones sexuales debido a que no se animaba a acercarse a una mujer

Para otros pacientes, como A quien estaba por tercera vez en tratamiento , el problema pasaba por el constante abandono de las dietas. Con frecuencia, los pacientes del grupo manifestaban haber abandonado el régimen por no haber alcanzado el peso deseado rápidamente. Esta conducta refleja la baja tolerancia a la frustración que presentan los mismos, quienes en tan solo una semana esperaban bajar más de 5 kg. (nota de observación, 7 de Julio de 2010). Como Bauzá y Célis (2005) explican, es en la primera instancia del tratamiento cuando los pacientes tienden a abandonar la dieta o cuando presentan mayores muestras de inseguridad con respecto al tratamiento. En concordancia, García Camba (2007) señala que en este momento los pacientes oscilan entre la hipersensibilidad y la insensibilidad emocional, ambos con consecuencias conductuales como comer en mayor medida.

4.3. Objetivo 2: Hábitos de salud que reportan los pacientes al ingresar al grupo CLAVE.

Con respecto a los hábitos de salud reportados por los pacientes en el C, se observó una tendencia al desborde no solo con la comida sino en otros ámbitos de la vida cotidiana. Como expresa Ravenna (2007), la obesidad debe ser tratada como un problema de adicción.

En relación a estos hábitos, Zukerfel (1992) manifiesta que uno de los mayores consumidores de anfetaminas son los pacientes obesos. Algunos pacientes manifestaron tener o haber tenido problemas con el uso y/o abuso de sustancias. Tal era el caso de R que tenía un diagnóstico toxicológico por adicción a las drogas y de F quien comentó: “antes de llegar acá había tomado muchas pastillas para adelgazar y de las otras también, a tal punto

que subía a los chicos al auto y no cerraba bien las puertas... en una oportunidad se me cayó uno del auto”.

Como se desprende de lo dicho por los pacientes y de la literatura consultada (Fernández Vargas et al., 2001), un obeso, a veces, no tiene como único hábito o “adicción” el comer en exceso, la gran mayoría son o fueron grandes consumidores de tabaco. Como el testimonio de M refleja, el hábito de fumar trae consecuencias comórbidas, comentó: “cuando llegué al Centro, lo hice no tanto por la gordura, sino porque no podía respirar” y continuó “...ni se imaginan lo que es sentir que uno se muere por asfixia” El hábito de fumar es muy común como forma de mitigar el hambre y como tal se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Tal es el caso de J, mujer de 36 años que sostenía que la única forma de controlar las ganas de comer era fumándose 2 o 3 cigarrillos seguidos y que no pensaba dejar esta hábito por miedo a engordar más de los 40 kg de sobrepeso que ya tenía.

Otro de los hábitos que presentaban los obesos al llegar al C era el consumo excesivo de alcohol. Como afirma Ravenna (2004), esta conducta ha aumentado en los últimos años debido a que las personas necesitan tener una descarga inmediata frente a situaciones frustrantes. En esta línea R comentó: “no sólo me comía todo sino que además me tomaba todo, se hizo peor cuando me echaron del laburo” Son varios los pacientes que consumen alcohol para compensar su nivel de angustia, incluso para enfrentar situaciones que les generan incomodidad debido a su tamaño corporal.

Además, se observó que casi la totalidad de los pacientes no hacía actividad física alguna. En la actualidad, esta falta de ejercicio se debe, en la mayoría de los casos, al alto sobrepeso y la poca movilidad que el cuerpo les permite. Sin embargo, cabe destacar que fueron muy pocos los pacientes que manifestaron haber tenido el hábito de realizar actividad física anteriormente. En líneas generales, en sus vidas pasadas fueron personas muy sedentarias. Como manifiesta Ravenna - en su libro “La Telaraña Adictiva” (2006) - no sólo el paciente engorda por la comida sino también por la falta de actividad física. Es por ello que en su enfoque propone un trabajo interdisciplinario que implica dieta, grupos y actividad física controlada.

En términos generales se observaron pocos hábitos saludables y la presencia de varios de los hábitos hoy considerados como perjudiciales para la salud, no solo porque complican el cuadro de la obesidad, sino también por las enfermedades que los mismos ocasionan y que implican una mayor complejidad para el tratamiento.

4.4. Objetivo 3: Tipos intervenciones que realizan los terapeutas en el grupo CLAVE

De lo observado durante la residencia, y como se explicó en el marco teórico, se desprende que en el C se aplican intervenciones provenientes de diferentes abordajes. Sin embargo, cabe destacar que existen ciertas pautas comunicacionales en los grupos que atraviesan cualquier tipo de intervención. Por ejemplo, existen frases claves que se usaban asiduamente en la terapia. A todos los grupos se les recordaba el slogan “corte-medida-distancia”, la simpática frase “ni una arveja de más” y “estoy gorda” en lugar de “soy gorda”. En esta línea, estaba prohibido hablar de recetas de comidas o de lo que se había comido los días anteriores debido a que se considera que automáticamente la descripción verbal de la comida produce un reflejo condicionado de palatabilidad. Según Ravenna (2004), éste es un proceso formado por aspectos fisiológicos y hedónicos de la comida que es homóloga a la frase “*se me hace agua a la boca*”.

Como explica Godoy (1991), la psicología conductual asume que las conductas inadaptadas o problemáticas son aprendidas y por tanto, pueden desaprenderse. En concordancia, los terapeutas del C constantemente explican en los grupos: “Es cuestión de hábito, de conducta, así como aprendiste a morfar ahora vas a aprender a no morfar... lo que pasa es que el primer aprendizaje es el más difícil de borrar”

En línea con la perspectiva que los psicólogos conductistas emplean (Caballo & Ellis 2002), en el C centran la atención en el aprendizaje y no se focalizan en el pasado del paciente ni en tratar de hacer que las personas expliquen el por qué son como son y han llegado al sobrepeso actual. Las siguientes frases de R ejemplifican este abordaje: “no

expliques por qué estás gorda, si no, la cagás...” o “...podríamos hacer una enciclopedia con todas las excusas de los pacientes para explicar por qué están gordos, pero seguirán gordos igual” . En ningún momento del tratamiento se permite que el paciente se detenga a justificar su enfermedad, sino que se los incita a cambiar de hábitos y conductas. En palabras del Dr. : “puede ser que siempre fueron gordos, tal vez es lo que les tocó vivir, entonces, sigan gordos y listo... si no quieren más seguir así, no rompan las pelotas y hagan el corte”

La técnica del modelado es una práctica frecuente en el C. Los terapeutas presentaban los pacientes que bajaron mucho de peso y que todavía se seguían manteniendo en su peso ideal, como modelos y ejemplos a imitar. Este fue el caso de C, G, M y otros, que hacían las veces de adalides y seguidores de los más remolones. Se les preguntaba a aquellas personas que no podían bajar de peso si querían un acompañante para que los llamaran por teléfono y/o los pasaran a buscar al domicilio con el objeto de actuar como contenedores y de ejemplo a seguir. La importancia de presentar modelos se veía reflejada en la dinámica comunicacional de los grupos. Estos casos exitosos eran precisamente las personas a quienes el Dr. les otorgaba un mayor permiso para hablar e intervenir en los grupos, dado que tenían “grabado” el mismo discurso que la institución promueve. Como expresa Bandura (1976), este tipo de aprendizaje por observación facilita que el resto de los pacientes copie a “los casos exitosos”. . En esta línea, P dijo: “cada persona que cambia da la esperanza que se puede cuando otra persona lo mira”

En esta misma línea de abordaje, se observó que aquellas personas que no cumplen con el tratamiento o hablan sobre las dificultades que el mismo les ha generado, son desalentados a continuar con sus palabras debido a que no son el modelo a seguir. Tal es el caso de B, una chica que tuvo depresión y varios intentos de suicidio y un día dijo con la voz quebrada: “yo como porque es lo que más conozco, estar gorda y deprimida, en esos dos lugares no tengo problema.....pero flaca?... qué hago?... tengo miedo”. Esta mujer hacía alusión al hecho de no reconocerse flaca. Refirió haber estado en esa situación anteriormente y al momento del no reconocimiento de su propio cuerpo volvió a comer

para encontrarse con ella misma. El Dr. rápidamente la interrumpió y le contestó: “mirá no me tires el grupo abajo, no adelgazás porque sos una boluda”.

De las observaciones se desprende técnicas de cambio estructural, es decir, aquellas en que intentan modificar el entorno y las tentaciones que el mismo puede crear, instando a las personas en tratamiento a pasar tanto tiempo como les sea posible en la institución. Esta modalidad parece ser propia de la etapa inicial de un tratamiento para adicciones. Para controlar los desbordes que los pacientes reportan tener cuando están solos, cocinando o picoteando fuera de horario, el C promueve la creación de una estructura no sólo para organizar los horarios de comidas sino también para determinar qué comer y cómo comer. Un ejemplo de esta modalidad es la indicación que le dio a B: “vení a todos los grupos, todos los días y comprá las viandas, sin viandas no adelgazás, y cuando te veas linda vas a ver cómo te conocés” . También se observó esta modalidad cuando una señora comentó que se descontrolaba entre el momento que daba de comer a su hijo y esperaba la llegada de su marido. La terapeuta le sugirió: “te tendrías que acostar cuando tu hijo se acuesta, porque tu marido sabe entrar solo ¿no? ¿O no tiene llave?”. Esta intervención tuvo la intención de delimitar los tiempos para comer y establecer pautas de horarios con el solo efecto de modificar una conducta disfuncional.

Otro tipo de intervención que los psicólogos aplicaban diariamente en los grupos, era el reforzamiento positivo cuando las personas bajaban de peso debido a que cumplían con la dieta. En estos casos, las personas recibían sonrisas y felicitaciones y especialmente halagos en público. Un ejemplo de esto se observó cuando el Dr. le insistió a R para que compartiese con el grupo su alegría. Luego de 12 años sin estar con una mujer, este paciente había salido con una chica a cenar el sábado anterior . Se observó que algunos pacientes a los que les faltaba descender solamente 2 o 3 kilos, se los invitaba a pasar al grupo de mantenimiento. Este traspaso oficiaba de “premio” y como tal, como una forma de reforzamiento que se llevaba a cabo tan pronto como se obtenía esta información, porque como dice Pozo Muncio (2003), el refuerzo es más efectivo si se lleva a cabo de inmediato.

Esta técnica de reforzamiento también era implementada cada día al comenzar el grupo, ya que los pacientes se pesaban cuando llegan, independientemente de si se pesaban en sus casas. Algunos terapeutas, llevaban la lista de los pacientes con sus respectivos pesos y ejercían una suerte de “toma de lista”. Cada paciente levantaba la mano cuando lo nombraban y asumía públicamente su peso. Como sostiene Vidal (2007), al momento de una dieta es muy importante que la persona sea alentada como forma de reforzamiento de su conducta. Sin embargo, en contraposición a lo que los teóricos conductistas sostienen acerca de la poca eficacia del castigo (Vidal, 2007), en el C se tiende a criticar y/o “retar” frente al grupo a aquellos que no cumplen con la conducta esperada. Según el autor previamente mencionado, cuando una persona está a dieta, es importante no denigrarla frente a sus fracasos en el cumplimiento, pero son varios los casos en que el Dr. actúa de modo contrario a estos principios. Un ejemplo de esto fue cuando hizo poner de pie a un hombre muy obeso, sin siquiera llamarlo por su nombre, para mostrárselo a una señora diciendo: “así vas a quedar si seguís comiendo”).

En esta misma línea, Vidal (2007) expresa que el obeso no solo vive su enfermedad como tal, sino que se victimiza, tiene una autoestima baja, se culpa, y por tanto, su vida se ve moldeada por estos valores. Esa falta de confianza en sí mismo, le hace imposible enfrentar los avatares de la vida y por tanto, no es recomendable hacer vivenciar todas estas emociones negativas a modo de castigo. Sin embargo, pudo observarse en el centro que un terapeuta dijese: “hay que angustiarse más por estar gordo que por hacer la dieta”, avalando la situación de angustia ante el exceso de peso.

De lo expuesto por Rosemberg Kort (2003), se desprende que los conductistas en la actualidad aceptan lo importante que es la reestructuración cognitiva para modificar creencias irracionales o esquemas de pensamiento. Uno de los terapeutas dijo con respecto a la gordura: “cuando se está obeso todo está mal, se piensa mal y las cosas no salen, si uno deja de comer todo se aclara ante nosotros” . Se observa que los pacientes pasan de una creencia disfuncional “todo o nada” a otra de las mismas características: “si estoy gordo todo me sale mal, si adelgazo todo me va a salir bien”.

También se observó cómo los terapeutas explican a los pacientes sobre el efecto paradójico que sus creencias pueden conllevar. Por ejemplo, cuando A, : “mi marido me pregunta para qué vengo, si dieta que empiezo es una nueva dieta que fracaso”. Seguidamente, el terapeuta le explicó: “si no hacés la dieta porque tu marido dice que siempre fracasás y encima engordás, le das la razón a tu marido”.

También se observaron intervenciones conductuales con técnicas de corte cognitivo que hacían hincapié en la forma de actuar y pensar diferente que tienen las personas obesas de las personas delgadas. Se han escuchado frases como “el manual del flaco”, “piensen como flacos”, entre otras, haciendo referencia al *script* o guión de comportamiento que una persona delgada realiza. “Sería bueno de una vez por todas que hagan el corte-medida-distancia, comer la medida que no engorda, así, de una vez por todas, entrenan y estrenan una mente de flaca. La mentalidad de flaca no acepta comer cualquier cosa”

No se han observado intervenciones propias del abordaje Racional Emotivo Conductual, más que tratar de desarticular creencias con relación a la comida y su asociación con las adicciones. En una oportunidad, un terapeuta dijo “la harina es adictiva, por eso, ni una galletita” (nota de observaciones, 17 de julio de 2010). Con respecto a la terapia Conductual Dialéctica que, como afirma Hays (2004), aporta técnicas emocionales y cognitivas, procedimientos de contingencia, exposición y confrontación de situaciones y comunicación recíproca, en el C se aplica principalmente técnicas de confrontación. En particular, cuando algún paciente le subvierte el grupo. Por ejemplo, se lo ha observado decir: “no jodás más con la barrita (de cereal), te estás masturbando desde que llegué con la barrita, no la vas a comer!, ni vos ni nadie” . La señora quedó encantada con sus palabras porque a decir de ella misma, “se sintió que la ponían en eje”.

Cabe destacar que, más allá de las intervenciones previamente mencionadas - y concordantes con lo propuesto por el C (XX) - durante la residencia se observaron varias intervenciones propias de la psicología social: la dinámica establecida entre el Dr. y los miembros del grupo remitía a los conceptos de la psicología de las masas, en tanto un líder, por un lado, y un grupo heterogéneo, por el otro.

En el texto *Psicología de las masas*, Freud cita las siguientes palabras de Le Bon (2004, p.69): “He aquí el rasgo mas notable de una masa psicológica: cualesquiera que sean los individuos que la componen y por diversos o semejantes que puedan ser su modo de vida, sus ocupaciones, sus carácter o su inteligencia, el mero hecho de hallarse transformados en una masa los dota de una especie de alma colectiva en virtud de la cual sienten, piensan y actúan de manera enteramente distinta de cómo sentiría, pensaría y actuaría cada uno de ellos en forma aislada”.

El grupo presenta una dinámica de trabajo hasta que realiza su entrada el Dr. , generando una mística diferente en esa última media hora, en la cual los pacientes se muestran atraídos por él, aún si éste no pronuncia palabra. En términos de Freud (2004), la masa (el grupo) se encuentra sugestionada, fascinada con la presencia en silencio de su líder (el Dr.). Esta especie de hipnosis masiva se debe a al proceso de identificación con el líder y los lazos emocionales que mueven las interrelaciones mutuas (Morales 1999). En los grupos del C, sus miembros comparten las motivaciones y las metas que indican la dirección hacia la que el grupo se moverá, pero por sobre todo, comparten esa relación o ligazón de afecto con el líder llamada identificación o lo que la psicología llama proceso de empatía (Freud, 2004). El grupo psicológico forma así una estructura u organización, dada por la convivencia, que determina en los participantes tipos de conducta y el grupo es vivido como un contexto. (Morales 1999).

En relación al líder, cabe mencionar que el Dr. conduce al grupo como el padre de la horda primordial. Es decir, sus actos intelectuales son fuertes y todo lo que dice o hace no necesita ser refrendado por los demás. Se ama a sí mismo y sólo muestra cierto tipo de afectividad en la medida que los pacientes cumplan a raja tabla con lo que él manda (Freud, 2004). El grupo acepta todo lo que el “padre” dice y cómo lo dice, porque necesitan pertenecer y ser amados, sobre todo, cuando hacen la dieta y bajan de peso. Un claro ejemplo de esta dinámica se observó cuando, estando de viaje, la gente no hacía más que preguntar por él. En el período que duró ese viaje los terapeutas propusieron al grupo “que les parece si le damos una sorpresa para cuando vuelva y nos comprometemos entre todos

a bajar 2 kilos como mínimo” . El día que llegó, al entrar al grupo, los pacientes los recibieron con aplausos y él dijo: “vieron que me extrañan!... y después dicen que los maltrato” .

La creencia absoluta en el líder pareciese cumplir un rol fundamental en el tratamiento para adelgazar. El Dr. inquirió: “¿Crees en mí? ¿Creés en mi método?...Conmigo vas a bajar de peso... no creas que engordas porque sí nomás, engordas porque no viniste nunca acá, ni al grupo ni compraste las viandas” . Asimismo, insta los integrantes del grupo a adelgazar para el líder, como devolución al sacrificio y esfuerzo que el “padre” realiza por su “horda”. En una oportunidad dijo “hacemos todo por ustedes, buscamos las últimas novedades en salud para entregárselas a ustedes, tenemos un grupo de gente trabajando para ustedes... ¿qué más quieren?...¡Y ustedes no pueden bajar ni 1 kilo!” .

En línea con lo expresado, dijo a L - quien subió y bajó 22 kilos en tres oportunidades - “la primera vez te enamoraste de la dieta y bajaste, después subiste de boludo y ahora hacés que hacés pero no hacés nada. La verdad, no merecés perdón ni misericordia porque el error lo cometiste varias veces, pero... igual quedate” . La figura del líder parece ser el eje del tratamiento y varias de las intervenciones de los terapeutas se focalizan en esto. La terapeuta les dijo al grupo: “hay que privarse de comer lo que te gusta”, y continuó “según la ley C hay que prohibirse sin importar si hay que bajar 2 kg. o 10 kg.”

En todo momento el grupo se mostró cohesionado, contenedor y en un continuo proceso de socialización que se lleva a cabo, entre otras causas, por efecto de la imitación hacia el líder. Se observó, como Moscovici (1991) explica, un proceso de influencia social entre los miembros del grupo, y del líder hacia estos. Según este, la adquisición de actitudes nuevas – en este caso nuevos comportamientos alimentarios - es un proceso de influencia social que afecta a la propia identidad de las personas implicadas. De lo observado en el grupo, se percibió como algunos pacientes imitaban el discurso del Dr cuando este les decía: “cuenten como les fue a ustedes con mi método” y ellos desarrollaban casi de memoria las frases “corte-medida-distancia”, “ni una arveja de mas”, “sino venís a los grupos no bajás”, “comprá la vianda”, entre otras.

4.5. Modificaciones de conductas en relación a la alimentación y cambios de hábitos de salud al finalizar un período de 3 meses.

En relación al acompañamiento psicológico, no se observó que los psicólogos realizaran seguimientos individuales de los cambios conductuales de los pacientes, excepto en los casos que asistían a terapia individual. Primero, porque se les pide a todos las mismas conductas y que la lleven a cabo de la misma forma. Segundo, porque es difícil el seguimiento de un grupo tan grande donde a veces ni los propios terapeutas los conocen. En las observaciones el Dr. le preguntó a una señora: ¿hace mucho que estás con nosotros? Y la señora contestó: “¡más de 2 años, Máximo!”.

Principalmente, se observaron cambios en el comportamiento social de las personas debido a que el descenso de peso les permitía alejarse de los sentimientos de culpa y vergüenza que el sobrepeso les causaba. Un cambio en su imagen corporal les permitía retomar actividades propias de la vida adulta como pareja y trabajo. Durante la asistencia a los grupos, se pudo observar que varios pacientes reportaban cambios en relación a su vida sexual y amorosa, luego de haber perdido algo de peso. Según manifestaban los pacientes, estar mas cómodos con su cuerpo, les permitía acercarse a otras personas e incluso no tener miedo o vergüenza de desnudarse delante de sus parejas. La autoestima parecía incrementarse a medida que descendían de peso. Tal es del caso del un señor que, debido a su obesidad, hacía más de doce años que no dormía con una mujer y se animó debido al importante descenso de peso . En esta línea, M comentó “ahora que bajé más de 100 kilos, me animo a presentarme en las entrevistas de trabajo”.

Durante las observaciones, se pudo constatar que en varios casos se produjeron cambios en los hábitos de salud de los pacientes. Si bien las clases de gimnasia eran adicionales y se abonaban aparte, fueron varios los pacientes que asistían con regularidad a las mismas una vez iniciado el tratamiento. Asimismo, conformaban grupos para realizar caminatas o correr juntos los fines de semana en los lagos . M dijo en el grupo: “no podía creer cuando fui y pude trotar y ni que hablar cuando empecé el gimnasio”.

Sin embargo, los resultados no fueron tan alentadores en relación al consumo de tabaco. Las personas fumadoras continuaban haciéndolo como estrategia para paliar el hambre. Tal es el caso de L quien comentó: “yo además del vaso con agua me prendo un pucho cada vez que tengo ganas de comer” . En cuanto a las mujeres, específicamente, dejar de fumar estaba asociado a engordar y por tanto considerado contraproducente. Como D dijo en una oportunidad “mirá si voy a dejar de fumar ahora que baje.... Ni loca, seguro aumentaría otra vez”

Desde el punto de vista conductual, una dieta de corta duración, no podría dar como resultado cambios de hábitos muy notorios. Asimismo, es posible que no se hayan observado grandes cambios debido a la corta duración del periodo de observación de la residencia.

En cuanto al tratamiento médico, o nutricional específicamente, como se ha mencionado previamente, el método se basa pura y exclusivamente en las dietas Very Low Calory Diet, que son las dietas de muy bajas calorías y que sólo permiten la ingesta de 600 calorías. Es interesante destacar que esa restricción alimentaria era igual para todos los pacientes del C, aún teniendo una entrevista de admisión y una revisión médica de modo individual . De lo observado durante la residencia, se pudo concluir que inicialmente las personas lograban cumplir con la dieta y bajar rápidamente de peso debido a que ajustaban sus conductas a la hora de comer, según las indicaciones del C: “corte-medida-distancia”. Sin embargo, se pudo constatar que muchos de los pacientes que ingresaban a los grupos eran “reincidentes”, es decir, personas que habían bajado de peso en un principio, pero luego lo recuperaron, inclusive superando su peso original. En una oportunidad, la terapeuta dijo: “O los que se fueron la hicieron muy bien o ustedes no entienden como se hace, porque los veo acá hace más de 5 años”

La gran mayoría de los pacientes del C tuvieron etapas de rebote o de cansancio. En muchos casos, al alejarse del centro o dejar de comprar las viandas que el mismo provee. De aquí se puede inferir que muchas de las modificaciones conductuales en cuanto a la alimentación se producen en un corto plazo, siendo difíciles de sostener en el tiempo.

Posiblemente, esto se deba a la enorme contención y estructura que el centro brinda. O bien, debido a la falta de ajuste personal que las dietas presentan. Como afirman Moreno y Hernández (2004), esta especie de ayuno al que se somete al paciente, provoca una reducción de la masa muscular y no así de grasa corporal. Además, se produce una alteración del metabolismo que se opone a la pérdida de peso, ahorrando más energía y aumentando el apetito, con su consecuente aumento de peso.

Sin lugar a dudas, varios de los cambios observados en los pacientes, podrían ser explicados por el lugar de pertenencia que el grupo proporciona a la persona obesa. Además de un proceso de identificación, se genera una necesidad de conformar con el grupo. Como Moscovici (1991) explica, debido a la presión grupal, el individuo tiende a adoptar las conductas y actitudes impuestas por la mayoría. Así, podría cuestionarse el sostenimiento de estos cambios cuando la persona deja de asistir al centro o formar parte del grupo.

V. CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como objetivo general describir las problemáticas que las personas obesas llevaban para trabajar en los grupos de descenso, observar las distintas intervenciones terapéuticas e identificar los cambios de conducta y hábitos que se producían luego de un período de 3 meses.

De lo observado, se pudo concluir que, como la OMS (2005) sostiene, la obesidad es una enfermedad crónica, y por tanto tratable, caracterizada por un importante sobrepeso en las personas. La obesidad, no es meramente un problema estético sino que se trata de una enfermedad que acarrea múltiples complicaciones físicas y psíquicas. Asimismo, y en línea con lo explicado por Ravenna (2006), el obeso tiene que vivir en una sociedad obesofóbica y obesogénica en la que los individuos están sometidos al bombardeo continuo del consumo, que propone una alimentación chatarra, alta en calorías y grasas, talles cada vez más pequeños en la indumentaria femenina y masculina que, lejos de hacerlos sentir incluidos, los excluye.

Las complicaciones de la obesidad no se limitan a los problemas fisiológicos. Se pudo constatar que, como expresan James y Sahakian (1981), es muy común que las personas obesas sufran distintos trastornos psicológicos, como depresión, baja autoestima y desórdenes de la alimentación. Al mismo tiempo, son blancos de discriminación que afecta de distintas formas y de manera duradera su calidad de vida. A diferencia de otras condiciones crónicas o atributos físicos, el sobrepeso es considerado amplia, pero erróneamente, como sujeto a un control voluntario. En concordancia con Cormillot (2004), los obesos suelen ser representados, y suelen considerarse a sí mismos, como los responsables exclusivos de su condición.

Asimismo, el grupo, y los mismos terapeutas, han considerado a la obesidad como una desviación del canon de belleza de la sociedad actual. En línea con lo que numerosos estudios muestran (Abramson, 1993), la delgadez es fuertemente valorada, mientras que la gordura es percibida de forma crecientemente más negativa. Así, actualmente las personas

con sobrepeso sufren doblemente, por un lado, por su salud más vulnerable, y por otro lado, porque deben enfrentarse al menosprecio social.

Esta situación social podría estar empeorando sus problemas físicos y psíquicos, aumentando a su vez los problemas de ansiedad y las conductas de alimentación inadecuadas. Además, la percepción de que los obesos son físicamente menos atractivos podría ser la consecuencia de las menores tasas de matrimonio observadas en este grupo (Moreno Jarillo, 2009). En los niños y adolescentes, por otra parte, la obesidad suele estar acompañada de aislamiento social y dificultades para relacionarse con sus pares.

En general, el ideal actual de belleza lleva a las personas obesas a un creciente interés por las dietas de adelgazamiento. De las diversas experiencias de los miembros del grupo, es posible inferir que muchas de estas dietas carecen de base racional y, como Katz (2008) sostiene, constituyen un peligro para la salud. Por lo general, el obeso es dietante desde hace mucho tiempo atrás y se ha sometido a cuanta dieta mágica ha llegado a su conocimiento. Pudo observarse que, con el transcurso del tiempo y los tratamientos fallidos, surgían en nuevos problemas para este tipo de enfermos, como la frustración, la angustia, el autoengaño y la culpa. Por lo expuesto, es posible inferir que un tratamiento para la obesidad debe estar constituido por dos componentes básicos: uno médico y otro psicológico.

En relación al Método específicamente, motivo del presente trabajo, se presenta como ideal un tratamiento que incluye una dieta nutricional personalizada y atención psicológica individual y grupal, supervisada por un equipo interdisciplinario de profesionales. Sin embargo, como se explicó anteriormente, no fue posible acceder a las terapias individuales ni a las reuniones de los profesionales que trabajan en el centro. Durante las observaciones sólo se pudo constatar el trabajo realizado en la psicoterapia grupal.

Se observó una estandarización en varios de los aspectos relacionados al tratamiento. Llamó mucho la atención que los terapeutas, y en ocasiones el mismo Dr. R, no conocieran

a sus propios pacientes ni tuvieran preparadas estrategias a futuro para cada uno de ellos. Se observó que todos los pacientes fueron diagnosticados como adictos a la comida, c, por el solo hecho de tener sobrepeso, sin importar que se tratase de 1 kilo o de 100 kilos de más. Esta “masificación” no sólo se constató en plan nutricional, ya que se entregaban las mismas viandas para todos, sino que también se vislumbraba en el léxico utilizado por los terapeutas y posteriormente por los mismos pacientes. Se escuchaban términos como “estoy morfado”, “me la creí”, “no incorporé el manual del flaco”, “yogur-vianda-yogur”, “sino venís al grupo perdiste”, “ni una arveja de mas”, entre otras.

Excepto aquellos pacientes que fueron diagnosticados por médicos clínicos y derivados a bajar de peso, la mayoría responde a un requerimiento estético de volumen y forma del cuerpo. Como Silvestri y Stavile (2005) expresan, los obesos tienden a tener distorsionada la imagen corporal. En varios casos, el interés era bajar rápidamente para operarse y sacarse el sobrante de piel.

Casi todos los pacientes observados presentaron similares problemas físicos y psicológicos. Lamentablemente, se observó que, en concordancia con lo que expresa Bauzá y Célis (2005), la mayoría de los miembros del grupo presentaban conductas desadaptadas con relación a la comida -como atracones, comer entre comidas o a escondidas-, los mismos hábitos de salud -sedentarismo, y altos niveles de tabaquismo y alcoholismo- y las mismas creencias y pensamientos erróneos –“si bajo de peso todo va a andar bien”, “si mi familia es gorda, yo también”, entre otras-. Se ha observado que, según lo expresa Fernández Vargas et al. (2001), casi todos los pacientes que llegaron al C tenían los mismos hábitos de salud, debido a una conducta de base que sostiene a la adicción, la mayoría eran grandes fumadores y bebedores con el agravante de tener una extremada vida sedentaria.

En relación a las intervenciones, se observó que, a diferencia de lo que presenta , lo único que se les explica a los pacientes es el famoso corte-medida-distancia. La psicoeducación, más allá del modelo de la dieta, no fue una práctica común en el C. Si bien se mencionaban términos como creencias, pensamientos automáticos, refuerzos, castigos y

modelado, los mismos no eran aprehendidos por los pacientes como parte constitutiva de su tratamiento. Sin embargo, en línea con lo propuesto por Haslam y James (2005), se informaba a los pacientes que la obesidad es una enfermedad de adictos -como los alcohólicos o toxicómanos- y se brindaba información sobre las partes del cerebro y los neurotransmisores que se ven afectados cuando una persona tiene hambre, come y se sacia.

Con respecto al abordaje terapéutico cognitivo-conductual propuesto por el C, y planteado por Beck (1995), los pacientes desconocen, en su gran mayoría, en qué consiste el mismo. Se explicaba que la delgadez facilita el pensamiento y, por tanto, los pacientes pensaban con más claridad. La terapia conductual mostró vestigios de reforzamientos o castigos, pero no se observaron cambios de hábitos que corroboraran las técnicas como lo manifiesta Pozo Municio (2003). Por otro lado, el manejo de la palabra hacia los pacientes, rozó por momento la procacidad encubierta en el manejo de la técnica de la confrontación de la Terapia Dialéctica Conductual pero dejando por fuera las estrategias de cambio y aceptación como lo propone Gempeler (2008), sin embargo se pudieron observar técnicas de modelado como lo expresa Bandura (1976).

Se pudo constatar la importancia del rol que cumplen los grupos como espacio de contención y facilitadores del tratamiento. Los sábados y domingos se vivían como una tortura para los pacientes, debido a la inseguridad que les generaba poder continuar con la dieta al volver a sus entornos cotidianos. No se observaron en el periodo de tres meses significativos cambios de conducta que la persona podía extrapolar a su propio entorno, sino que se observó que los cambios de comportamiento estaban principalmente sostenidos por la asistencia y permanencia del trabajo grupal. Asimismo, se pudo constatar que cuando se habla de recaída, los psicólogos de los grupos se referían a esta como a una “ley que se infringe”, debido a que los pacientes no servían para adelgazar o porque se resistían a la dieta.

El presente trabajo tuvo entre sus principales objetivos, describir, primero desde lo teórico y luego desde lo observado, el método de tratamiento para la obesidad implementado en el C. Sin embargo, dicho fin se ha cumplido con las limitaciones propias

de una institución que se reserva el derecho de no mostrar las historias clínicas a los pasantes ni permitir a los mismos presenciar las supervisiones de los psicólogos.

A partir de lo observado, se considera recomendable que los psicólogos dedicados a combatir la obesidad, como los del C, se interioricen en los aspectos nutricionales de los alimentos, la utilidad de los carbohidratos, las fibras y las proteínas, a los fines de comprender mejor el tratamiento médico y brindar un mejor apoyo psicológico a los pacientes. Por el contrario, se recomienda que los profesionales del área psi no tomen un rol activo en suprimir o aumentar cantidades de alimentos, ya que no poseen ninguna habilitación para hacerlo ni el conocimiento adecuado del mismo. También es menester que los psicólogos que trabajan en esta área, realicen un seguimiento más asiduo y personalizado de los pacientes en tratamiento.

Por otro lado sería interesante que posteriores investigaciones aborden el tema de adelgazar en grupo, desde la perspectiva de la psicología social, en tanto se observó grandes similitudes con el manejo de las masas, o aún desde una perspectiva comunitaria dado a que es una enfermedad que aumenta en una progresión geométrica.

Con respecto a lo aportado por esta tesina, no hace más que reflejar como se vilipendia la enfermedad, en este caso la obesidad, y como se la circunscribe a un sector socioeconómico alto, con la finalidad de lograr notoriedad pública y mejores ingresos económicos. Por otro lado, si bien el manejo de la palabra por momentos es extremadamente confrontativa, en ciertos aspectos se tornó insultante para algunos pacientes.

La residencia que se llevó a cabo, dejó traslucir, no sólo las deficiencias de una empresa comercial dedicada al tratamiento de la obesidad, sino la ausencia de políticas de estado para prevenir desde la más tierna infancia, si es posible desde el jardín de infantes, este mal que atañe a la humanidad toda. Políticas de estado como controlador de los tratamientos para adelgazar, no sólo por lo observado en el C, sino por las largas listas de dietas que se proponen por internet gratuitamente y que están al alcance de niños, anoréxicos, bulímicos, obesos, hipertensos, celíacos, cardíacos etc. No basta con dictar una

ley de obesidad que después no se cumple ni se hace cumplir. Muchas personas han tenido que iniciar largos juicios en sus obras sociales para que se les reconozca la enfermedad o en casos más serios, para que les cubra los costos de las cirugías. Hay que comenzar por la prevención, es de esta manera, como se prepara a un pueblo para su futuro y como se podría lograr, en parte, que desciendan los gastos del estado, en materia de salud.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Abramson, E. (1993). *El Comer Emocional*. Bilbao: Desclee.

Albert, M. (s/f). *Técnicas de Modificación de la Conducta*. Recuperado el día 27 de Octubre de 2010 en: <http://www.amspw.org/spw/tripticos/pdf/ANEX-V.pdf>

Atalah, E., Urteaga, C. & Rebolledo, A. (1999). Patrones alimentarios y de actividad físicos en escolares. *Revista Chilena Pediátrica*, 70(6). Recuperada el día 26 de octubre de 2010 en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000600005&lang=pt.

Bandura, A. (1976). *Aprendizaje Social*. España: Alianza.

Bauzá, C. & Célis, O. (2005). *Obesidad: Causas, Consecuencias y Tratamiento*. Argentina: El Emporio.

Beck, A. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guiliford Press.

Braguinsky, J. (2005). *Obesidad y sus Consecuencias*. Argentina: El Emporio.

Bruch, H. (2002). *La Jaula Dorada*. Barcelona: Paidós.

Bulik, CM, Brownley, KA, & Shapiro, JR. (2007). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por atracón. *Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría*, 5(3), 152

Caballo, V. & Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. España: Siglo XXI.

Caballo, V. & Ellis, A (2002). *Teoría y Práctica de la Terapia Cognitivo Conductual*. España: Siglo XXI.

Cañamares, E. (2002). *¿Por qué no puedo adelgazar?: Causas Psicológicas de la Obesidad*. España: Algaba.

Centro Terapéutico Máximo Ravenna [CTMR] (s/f). Recuperado el 12 de julio de 2010 de <http://www.maximoravenna.com.ar>

- Cormillot, A. (2004). *Como adelgazar y mantenerse*. Argentina: Paidós.
- Díaz, A. (2002). *Actividad física y patrones de consumo en escolares*. Recuperado el día 12 de Noviembre de 2010 en: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/121_hildalgo.pdf
- DSM IV. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- Ertmer, P.A., & Newby, T.J. (1993). Conductismo, cognitivismo y constructivismo: una comparación de los aspectos críticos desde la perspectiva del diseño de instrucción. *Performance Improvement Quarterly*, 1993, 6(4), 50-72.
- Faccini, M. (2002). Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300, 28-33.
- Fairburn, C. (1995). *La Superación de los Atracones*. España: Paidós
- Fernández Vargas, A.M., Bujalance Zafra, M.J., Leiva Fernández, F., Matos Crespo, F., García Ruíz, A.J., & Sánchez de la Cuesta y Alarcón, F. (2001). Salud autopercebida, apoyo social y familiar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medifam*, 11(9), 44-53.
- Fierro, A. (1996). *Manual de Psicología de la Personalidad*. España: Paidós Ibérica.
- Freud, S. (2004). *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*. Buenos Aires: Amorroutu.
- García, E., Saldaña, C., Bach, L., Tomas, I. & Bados, A. (1997). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual para la obesidad adaptada a las características de los pacientes: tratamiento y seguimiento de cinco años. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(2), 3-29. Recuperado el 20 de diciembre de 2010 de <http://rps.umh.es/index.php/psicosalud/article/view/3/22>
- García Camba, E. (2007). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. España: Masson.

- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 136-148.
- Godoy, A. (1991). El proceso de evaluación conductual. En V.E. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta*. Madrid: Siglo XXI
- [Haslam, D.W., & James, W.P. \(2005\).](#) Obesity. *Lancet*, 366(9492), 1197-209.
- Hayes, S. (2004). *Mindfulness and Acceptance*. New York: Guilford.
- James, W.P.T., & Sahakian, B.J (1981). *Overgrowth: Energetic Significance in Relation to Obesity*. New York: Liss.
- Jarne, A., & Talarn, A. (2009). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: Paidós.
- Katherine, A. (2002). *Cuando se Atraviesa la Línea*. España: Edaf.
- Katz, M. (2008). *La No Dieta*. Buenos Aires: Grupal Logística.
- Krenenberg, W. (2009). *Tratado de Endocrinología*. España: Elsevier.
- Last, G. (2000). *5 Razones por las que Comemos en Exceso*. España: Urano.
- Lizardi Hoyos, C. (1995). ¿Qué es la Adicción a la Comida?. *Revista LiberAddictus*, 9, 1-6. Recuperado el día 13 de Setiembre de 2010 en: <http://www.infoadicciones.net/Pdf/0099-09.pdf>
- Luhmann, N. (2002). *Introducción a la Sociología*. México: Universidad Iberoamericana.
- Moral de la Rubia, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 3(3). Recuperado el día 23 de Agosto de 2010 en <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/iii/3/ensayos/trastornos.html>.
- Moral García, E., & Redondo Espejo, F. (2008). La Obesidad: Tipos y Clasificación. *Efdeportes Revista Digital*, 122. Recuperado el día 8 de Setiembre de 2010 en: <http://www.efdeportes.com/efd122/la-obesidad-tipos-y-clasificacion.htm>.

- Morales, F. (1999). *El Grupo y sus Conflictos*. España: Universidad de Castilla.
- Moreno, A. (2005) *Obesidad y Psiquiatría*. España: Masson.
- Moreno, E. & Gargallo Fernández, M. (1997). *Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas*. España: Díaz Santos.
- Moreno, E., Hernández, R., Ortega, R., & Lajo, T. (2004). Mitos, procedimientos y dietas milagro. En: B. Moreno, S. Monereo, & J. Álvarez. *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Médica Panamericana.
- Moreno Jarillo A. (2009). *Trastornos de la alimentación en adolescentes*. Recuperado el día 10 de setiembre de 2010 en http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/ALMUDENA_MORENO_1.
- Moscovici, S. (1991). *La Influencia Social Inconsciente*. Barcelona: Anthropos.
- Naranjo Pereira, M. (2004). *Enfoque Conductista, Cognitivo y Racional*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Prevención de la Obesidad*. Recuperado el día 18 de Octubre de 2010 en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr44/es/index.html>
- Panzzita, M.T. (2005). *Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso*. Buenos Aires: Paidós.
- Pozo Municio, I. (2003). *Aprendices y Maestros*. España: Alianza.
- Prochaska, J. et. al. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47(1), 102-114.
- Puig Rovira, J.M. (1996). *La Construcción de la Personalidad*. España: Paidós.
- Ravenna, M. (2004). *Una Delgada Línea*. Buenos Aires: Galerna.

- Ravenna, M. (2006). *La Telaraña Adictiva*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Ravenna, M. (2007). *La medida que adelgaza*. Buenos Aires: Vergara.
- Rosemberg Kort, F. (2003). *Psicoterapia Conductual*. Venezuela: Gráfica Integral.
- Rovira, B.L. (2010). *Obesidad y Psicopatología*. Recuperado el día 6 de Octubre de 2010 en <http://www.ama-med.org.ar/obesidad/CAP-12-OBESIDAD-PSICOPATOLOGIA.pdf>
- Setién A. & Escalante C. (2010). *La obesidad y sus complicaciones*. España. Universidad de Cantabria.
- Seijas, D., & Feuchtmann Sáez, C. (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín Escuela de Medicina*, 26, 38-41.
- Silvestri, E., & Stavile, A. (2005). *Aspectos Psicológicos de la Obesidad*. Argentina: Paidós
- Vidal, M.L. (2007). *La Autoestima y la Obesidad*. Recuperado el día 29 de Agosto de 2010 en: http://www.susmedicos.com/OBESIDAD/art_Autoestima_Obesidad.htm.
- Willson, G., & Brownell, K. (2002). Behavioral Treatment of Obesity. En C. Fairburn & K. Brownell (pp.224-228). *Eating Disorders and Obesity*. U.S.A: The Guilford Press.
- Zukerfel, R. (1992). *Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica*. Buenos Aires: Paidós.
- Zukerfeld, R. (2002). Psicoterapia psicoanalítica y obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, 300.