

UNIVERSIDAD DE PALERMO FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES
-Lic. en Psicología-

Trabajo Final Integrador
El abordaje de la obesidad como conducta adictiva

Tutora: Dra. Góngora Vanesa
Autor: Adobatto Natalia

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	4
3. Marco teórico.....	5
3.1 Definición de la obesidad.....	5
3.2 Datos epidemiológicos.....	6
3.3 Diagnóstico de la obesidad.....	7
3.4 Modelos etiológicos de la obesidad.....	7
3.4.1 Factores genéticos.....	7
3.4.2 Factores biológicos y metabólicos.....	8
3.4.3 Factores Ambientales.....	9
3.4.4 Personalidad adictiva.....	9
3.5 Vínculo adictivo con la comida.....	10
3.5.1 Componente fisiológico del comer.....	13
3.5.2 Palatabilidad del alimento.....	14
3.5.3 Circuito de recompensa cerebral.....	15
3.6 Consecuencias de la obesidad.....	17
3.7 Tratamiento de la obesidad.....	17
3.7.1 Método R.....	20
3.8 Intervenciones para modificar la conducta adictiva en la obesidad.....	21
3.9 El rol profesional en el tratamiento de obesidad.....	25
4 Metodología.....	27
4.2 Tipo de estudio.....	27
4.3 Participantes.....	27
4.4 Instrumentos.....	28
4.5 Procedimiento.....	28
5 Desarrollo.....	28
5. 1 Presentación de la institución.....	28
5.2 Describir cómo conciben los profesionales del Instituto la obesidad.....	29
5.3 Detallar las diferentes intervenciones realizadas para modificar la conducta adictiva.....	33
5.4 Indagar cuáles son los criterios que determinan que los pacientes dejen de tener conducta adictiva con la comida y sí esto implica la recuperación.....	39
6 Conclusiones.....	42
6.1 Resumen del desarrollo.....	42
6.2 Limitaciones.....	43
6.3 Perspectiva Crítica.....	44
6.4 Aporte Personal.....	45
7 Referencias bibliográficas.....	46

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de habilitación profesional se realizó en una institución que se dedica al tratamiento de la obesidad y otros desórdenes alimentarios. La práctica fue de 280 horas en un promedio de 12 horas semanales durante seis meses asistiendo a los espacios de la institución.

En la institución se participó de grupos de descenso de peso, talleres psicoeducativos, talleres de imagen corporal y entrevistas de admisión. Se realizaron entrevistas a integrantes del equipo de profesionales que conforman la institución.

De la observación de los diferentes grupos de descenso de peso y la tendencia por parte de los profesionales a orientar la problemática de la obesidad como adicción es que se eligió el tema a tratar en el trabajo final integrador.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Describir la concepción de obesidad de los profesionales y los tipos de intervenciones realizadas para modificar la conducta adictiva con la comida y los criterios para determinar la recuperación.

Objetivos Específicos

- Describir cómo conciben los profesionales del Instituto la obesidad.
- Detallar las diferentes intervenciones realizadas para modificar la conducta adictiva.
- Indagar cuáles son los criterios que determinan que los pacientes dejen de tener conducta adictiva con la comida y si esto implica la recuperación.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Definición de la obesidad

En los últimos años el crecimiento a nivel mundial de la problemática de la obesidad generó nuevas formas de considerarla y el desarrollo de diferentes investigaciones, estudios y alternativas de tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (2015) define a la obesidad y al sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Resulta importante comprender que es una enfermedad crónica, caracterizada por un exceso del tejido adiposo cuyas células pueden aumentar en tamaño y/o número. Este aumento es producido por un desequilibrio en el que el consumo de alimentos excede el gasto de energía durante un tiempo prolongado (Cormillot, 2012).

La obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial (Bersh, 2006) donde los factores genéticos, metabólicos y conductuales son los más influyentes. A la vez que se atribuye a factores psicológicos y a una oferta creciente y excesiva de alimentos de alto valor calórico, junto con un aumento de las grasas y de los azúcares refinados en las dietas y una disminución de la actividad física, como contribuyentes a este acelerado aumento mundial de la obesidad. El concepto multifactorial de la obesidad es relativamente actual. En los años 50' se adjudicaba a las glándulas tiroideas, en los 70' al mal funcionamiento de la psiquis, y, luego, al metabolismo lento (Ravenna, 2006).

La obesidad es una enfermedad compleja y heterogénea en cuanto a su expresión clínica y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes comorbilidades. La salud del sujeto se ve afectada en lo biológico, social y psicológico (García, 2004).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM 5; APA, 2013) no contempla a la obesidad como un trastorno mental. Sin embargo, hay algunos trastornos catalogados dentro de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, entre los cuales se encuentran el *trastorno por atracón*, caracterizado por una ingesta de una cantidad de comida superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían, en un período corto de tiempo. Dichos atracones pueden acompañarse de la sensación de falta de control por parte del individuo. Además, figura la categoría de *trastorno alimentario o de la ingestión de alimento no especificado* entre los cuales se encuentran el trastorno por atracón de frecuencia baja y/o duración limitada y el síndrome de ingestión nocturna de alimentos. (DSM 5; APA, 2013).

Por otra parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), en el capítulo de los trastornos de las conductas alimentarias, nombra la *hiperfagia* en otras alteraciones psicológicas, para describir a la ingesta excesiva de alimentos como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Hace referencia a la posibilidad de que eventos emocionalmente estresantes como duelos, accidentes o cirugías, puedan dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial, en pacientes que tienen predisposición a la ganancia de peso. Sin embargo, hace hincapié en no incluir a la obesidad como causa de alteraciones psicológicas.

3.2. Datos epidemiológicos

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) declara a la obesidad como un problema de salud pública de carácter mundial con alta prevalencia, que crece exponencialmente y es considerado una epidemia, teniendo mayor incremento en los países considerados emergentes. Del total de la población mundial adulta en 2014, alrededor del 13% (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos y el 39% (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014. Esta problemática alcanza a países con diferentes tipos de ingresos, altos, bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos.

En Argentina, las estadísticas de la Sociedad Argentina de Nutrición indicaron que, al menos el 47% de la población, tiene sobrepeso u obesidad, aumentando de forma simultánea las enfermedades cardiovasculares y diabetes (Ravenna, 2004).

En relación con otros países de la región, es posible notar que, luego de Chile, Argentina es el país con uno de los niveles más altos de obesidad y de exceso de peso. En Argentina, 4 de cada diez adultos tiene sobrepeso y 2 de cada 10 tiene obesidad. Esta problemática está aumentando tanto en adultos como en

niños, por lo que resulta importante el abordaje de la epidemia de obesidad y sobrepeso, ya que requiere de acciones de muchos sectores, no se reduce únicamente a la acción individual (Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

3.3. Diagnóstico de la obesidad

La obtención de valores que definen a la obesidad es a través de técnicas antropométricas. La antropometría permite describir el estado nutricional y la detección de riesgos para la salud, especialmente de enfermedades crónicas como la obesidad y el sobrepeso (Arcineaga, 2002).

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), la forma de calcular la obesidad es a través del índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. Otras formas de medición que señala Ravenna (2006) son calcular la circunferencia abdominal, en mujeres debe medir entre 80 y 88cm y en hombres entre 95 y 102cm.

En relación a la distribución de la grasa corporal, se hace referencia a dos categorías: Por un lado, la obesidad glúteo-femoral conocida como forma de pera, que comprende aquellas personas que acumulan la mayor parte de su exceso de grasa corporal a nivel glúteo-femoral, siendo más frecuente en mujeres y no se asocia con riesgo cardiovascular y/o metabólico. Por otro lado, la obesidad abdominal o central, forma de manzana que comprende aquellas personas que acumulan la mayor parte de su exceso de grasa corporal a nivel abdominal. Es más frecuente en hombres y está asociada a complicaciones metabólicas y riesgo cardiovascular (Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios, 2013).

3.4. Modelos etiológicos de la obesidad

La obesidad, entendida como una alteración del balance energético, se produce como resultado de diferentes factores. A continuación, se mencionará cada uno de estos factores y sus principales características:

3.4.1. Factores genéticos.

Existen diferentes genes que afectan el apetito, la sensación de saciedad, el metabolismo, el almacenamiento de grasa y el peso corporal, generando una susceptibilidad al aumento de peso, una predisposición no determinante. Una forma de explicar el impacto de la heredabilidad es la teoría del gen ahorrador, que postula que en otras épocas, algunas tribus tenían un gen ahorrativo que permitía acumular energía en momentos de hambruna, dando lugar a la formación rápida de depósitos de grasa en momentos de abundancia, con el objeto de tener reservas en periodos de carencia y lograr la sobrevivencia, pero para los descendientes este gen ya no resultó útil debido a la disponibilidad de alimentos y vida sedentaria, convirtiéndose en un problema (Ravenna, 2006).

Cormillot (2012) plantea que existen varios tipos de genes que cuando están activados pueden influir en la predisposición a engordar. Menciona el gen glotón que se encarga de regular las preferencias alimentarias hacia los dulces y las grasas y, a su vez, menciona el gen perezoso que incide en la tendencia a la quietud. Al respecto de la influencia genética, Kaufer-Horwitz, TavanoColaizzi y Ávila-Rosas (2001) mencionan el *gen de la obesidad* encargado de codificar la proteína leptina en las células adiposas. La leptina actúa a nivel del hipotálamo e influye en el apetito y en el balance energético. Ante una deficiencia de leptina, la saciedad se encuentra alterada, por lo cual persiste el hambre y lleva a la persona al consumo exagerado de alimentos.

3.4.2 Factores biológicos y metabólicos

Según Ravenna (2006), las células adiposas se reproducen en la infancia y en la pubertad. Durante la infancia, se producen las marcas que incidirán en el futuro peso y, aunque se puede mantener o adelgazar, existirá cierta tendencia. La *teoría del adipocito* postula la existencia de periodos críticos para la reproducción de las células adiposas: el último trimestre de la gestación, los primeros dos años de la

vida y la adolescencia. En estos periodos se produce una hiper-plasia del tejido adiposo, a partir de esta teoría se explica la permanencia de la obesidad durante la vida adulta de individuos que habían sido niños o adolescentes obesos. En este sentido, se acepta que el número de células adiposas puede aumentar a lo largo de la vida y no disminuye ante la pérdida de peso (Kaufer-Horwitz et al., 2001).

Cabe aclarar que los aspectos metabólicos de la obesidad implican las interacciones complejas, neurofisiológicas y endocrinas involucradas en la regulación de la energía corporal. El metabolismo favorece la conservación del peso corporal y se opone a la pérdida de éste a través de ajustes metabólicos que conducen a recuperar el peso recientemente perdido (Bersh, 2006).

Cormillot (2012) postula que las personas con obesidad tienen una tasa metabólica basal menor que las personas con peso estable. En la obesidad se daría la combinación de una mayor dificultad de gastar calorías, el aumento de células del tejido adiposo y, la facilidad para almacenar grasa.

La obesidad está íntimamente relacionada con el balance energético. La homeostasis entre el ingreso y el egreso no se regula de forma automática, sino que interviene el sistema neuro-hormonal. El hipotálamo cumple un rol central como centro regulador del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, regulador de la orina y el equilibrio hídrico, de la temperatura corporal, de la sensación de hambre y del sueño entre otras. Por otro lado, los neurotransmisores centrales en la obesidad son la dopamina, la serotonina y los péptidos (Ravenna, 2006).

3.4.3 Factores ambientales

El Ministerio de Salud de la Nación (2016) sostiene que la sobreoferta de productos agroindustriales ricos en carbohidratos refinados y grasas saturadas produce mayor aporte calórico que el requerido, brindando calorías pobres nutricionalmente. Si bien la ingesta de productos ultra-procesados en pequeñas cantidades no es dañina para la salud, su sabor intensificado (a través de sal, azúcares libres, grasas y otros aditivos) y las estrategias de marketing agresivas y sostenidas, hacen que el consumo modesto sea improbable.

Cormillot (2012) señala la existencia en la ciudad de edificios poco amigables para moverse, escasez de veredas y circuitos para ejercitarse, proliferación de vehículos de transporte y un incremento del acceso a múltiples lugares de comida al paso. Todas estas variables impactan en el desarrollo de un entorno obesogénico.

3.4.4 Personalidad adictiva

Ravenna (2004) define que el vínculo adictivo con la comida implica un comer excesivo y atrapante, incontrolable, considera a la obesidad como una consecuencia de la adicción a la comida. El autor explica que en la personalidad adictiva se conjugan una necesidad fisicoquímica y un estado emocional particular. La enfermedad adictiva depende de cuatro elementos que se interrelacionan:

- El objeto droga: la comida es tóxica ingerida en exceso porque abandona su función nutricia de alimentación y placer para transformarse en un camino a la enfermedad física y psíquica. La adicción a la comida está dada por la cantidad que se ingiere de ciertos alimentos que generan esta particular dependencia. Además, ciertas comidas en algunas personas producen una dependencia química inmediata.
- La persona: el obeso es un sujeto que quiere y no puede, se frustra por los intentos de adelgazar que resultan fallidos. Otra de las características fundamentales de la personalidad del obeso es la imposibilidad de poner límites con la ingesta, con su cuerpo y con su comportamiento, suele actuar de forma demandante e invasora y, a la vez, se deja invadir.
- La familia: lo que determina que una persona se convierta en vulnerable frente a la adicción es fundamentalmente el clima familiar, la forma de relacionarse, de interactuar entre sus miembros.
- 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. Igualmente, la sobreestimulación y la oferta alimentaria hacen más vulnerable a la persona.

Ravenna (2004) remarca que la obesidad no es una enfermedad adictiva pero si el comer en exceso y esto puede llevar a la obesidad.

3.5. Vínculo adictivo con la comida

Ravenna (2006) destaca que las adicciones son protagonistas de esta época, de manera creciente las personas caen en dispositivos que prometen placer inmediato, más allá de las consecuencias que generen a largo plazo, por lo que la obesidad es la expresión de la adicción a la comida. Señala que la obesidad sigue a una conducta de base que la sostiene, ligada con el descontrol, con el autoengaño, con la falta de límites y la dependencia, es decir, con todos los mecanismos presentes en cualquier adicción. El nexo entre las diversas adicciones parece ser la fuga de una realidad dolorosa y estresante y, en contra partida, la búsqueda de placer inmediato.

Lo que se verifica en todos los casos es una actitud-conducta-adictiva hacia un objeto que se constituye como calmante, el problema se encuentra en el vínculo, es decir que, más allá de la sustancia, existe un comportamiento adictivo, una conducta, que puede extrapolarse a otros vínculos, ya sea con personas o con objetos (Ravenna, 2006)

Miller y Rollnick (1999) explican que las personas a veces utilizan las conductas adictivas como una forma de afrontamiento, un patrón conocido como dependencia psicológica, se llega a depender de un objeto “comida” que les ayude a enfrentarse a estados difíciles o no placenteros, les ayuda a sentirse mejor. Con el tiempo se les hace difícil enfrentarse sin la conducta adictiva, y esta es otra forma de apego.

Beck (1999) señala, al explicar las adicciones, el concepto de *craving*, éste se manifiesta como un deseo intenso por una experiencia concreta como lo es comer. La realización del deseo se alcanza con la consumación, y el medio para conseguirlo es el acto consumatorio. El acto consumatorio se denomina impulso, es decir el craving está asociado con el querer y el impulso con el hacer. Los impulsos pueden considerarse como compulsiones cuando el individuo se siente incapaz de resistirse a ellos. De esta manera, un impulso puede estar provocado por un sentimiento o estado desagradable, o bien, por la anticipación de un acontecimiento estresante. El objetivo del impulso es reducir el estado que lo ha motivado, ya sea un craving de excitación o el deseo de relajación.

Las características de las adicciones se vinculan con no poder salir una vez que se entra en contacto con la sustancia, o recaer frente a situaciones frustrantes, pese a que causa problemas, se continúa tomándola o haciéndola de todos modos. Ciertos comportamientos afectan la química del cerebro al igual que ciertas sustancias. El síndrome adictivo se puede manifestar en adicciones de conducta o de ingesta, ambos tipos de adicciones se relacionan con una patología vincular, no se trata solo de la cosa, la actividad o sustancia, sino de la relación de las personas con estos elementos (Ravenna, 2006).

Alonso (2003), señala las adicciones sociales que prevalecen en occidente, dentro de ellas se encuentra la adicción a la comida, el enganche patológico hacia el alimento. Explica la incapacidad de regular la conducta y la incapacidad de autocontrolarse ante el objeto adictivo. La matriz patológica de la enfermedad adictiva consiste en una relación absorbente o conflictiva con el objeto, con un anhelo apremiante y difícil de controlar. Es decir, se trata de la apetencia del objeto “alimento” que, además de ser excesiva, es difícil o imposible de manejar.

Por otro lado, Cormillot (2005) afirma que la obesidad se trata de una enfermedad biológica que tiende a la cronicidad y a las recaídas, y que su conducción debe pasar, especialmente, por lo psicológico ya que lo que se busca es un cambio de la conducta y que, como ocurre con la mayoría de las adicciones, es recuperable únicamente a través del contacto con la gente que la padece.

Echeburúa (1999) sostiene que existe la suficiente evidencia clínica para poder referirse a la adicción a la comida entendida como adicción psicológica. Menciona que los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la pérdida de control y la dependencia. Existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas. Las conductas placenteras, como lo sería el comer, tienden a repetirse y, es por ello, que son susceptibles de convertirse en un comportamiento adictivo.

Esto aparece cuando el sujeto muestra una pérdida habitual de control al realizar una determinada conducta, persiste con ella, aunque tenga consecuencias negativas, manifiesta dependencia de la misma, domina sus pensamientos, genera inquietud si no puede llevarla a cabo de inmediato y pierde interés por otro tipo de actividades que antes le resultaban gratificantes (Echeburúa, 1999).

En el entramado adictivo, la memoria es crucial, ya que se imprime en el cerebro una experiencia enmarcada por una actividad o sustancia, que resultó placentera o confortable. Luego, ante ciertas

situaciones, como ser experiencias de mucho stress, la persona se dirige a buscar esa actividad o sustancia que le proporcionó satisfacción, emerge la idea de alivio, de un soporte que no resuelve pero calma y, se genera así un círculo vicioso (Ravenna, 2006).

Coincidiendo con lo que dice Ravenna, Echeburúa (1999) sostiene que todas las conductas potencialmente adictivas comienzan a ser controladas por reforzadores positivos, es decir, por el aspecto placentero de la conducta en sí misma, pero terminan siendo controladas por reforzadores negativos, para aliviar el malestar.

La dependencia se explica como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta para restaurar un equilibrio homeostático, y la subordinación del estilo de vida al mantenimiento del hábito conforman el núcleo central de la adicción. Lo que caracteriza, por tanto, a una adicción psicológica, no es el tipo de conducta implicada, sino el tipo de relación que el sujeto establece (Echeburúa, 1999).

Según Zukerfeld (2011), las conductas adictivas en la obesidad, expresan la existencia de conflicto y dependencia ante la comida y a determinados alimentos, en particular, los hidratos de carbono. El autor hace referencia a cuatro tipos de conductas. En primer lugar, menciona a las conductas impulsivas, que comprenden aquellas conductas donde el paciente come pero no le interesa dejar de hacerlo, posee impulsos irrefrenables, sin una lucha interna durante la ingesta, suelen ser momentos de gran búsqueda de placer y/o sedación de algún dolor o vacío interno. En estas conductas se conjuga una urgencia, irresistibilidad, insaciabilidad y pérdida de control. En segundo lugar, menciona a las conductas compulsivas, en las cuales el paciente come, pero quiere dejar de hacerlo, si bien los impulsos son irrefrenables, en esta etapa se da una batalla interna y sensación de culpa, antes, durante y después de la ingesta. En esta instancia hay poco placer, dolor psíquico y vacío. El sujeto tiene conciencia de la situación incontrolable, pero baja conciencia de la enfermedad, es una etapa donde se racionaliza, se da lugar a las “excusas” y a la vez se da una incapacidad de abstenerse. Una tercera categoría son las conductas reparatorias, el sujeto busca ayuda externa, es la etapa de comienzo de un tratamiento, sus esfuerzos serán destinados a evitar el contacto con la comida padeciendo la situación, por lo cual control es externo y, por último, las conductas sobrias, donde se presenta la recuperación. El paciente se encuentra tranquilo, internalizó las herramientas, tiene autocontrol y conductas sublimadas. La comida puede o no ser evitada, si lo es se da por convicción. Se incorporan nuevos hábitos, que generan placer y orgullo, que funciona como resguardo frente a los impulsos que pudieran surgir.

3.4.1 Componente fisiológico del comer

Las funciones vitales del organismo implican un gasto energético, que debe compensarse con la energía de la dieta. La ingesta de energía depende de la integración del hambre y del apetito. El hambre es el instinto que se produce por un estado de alerta relacionado con la necesidad de nutrientes energéticos, regulado por mecanismos homeostáticos del hipotálamo. Por otra parte, el apetito es la intelectualización del instinto de hambre, afectado por lo social.

A su vez, los alimentos tienen grados de capacidad de suprimir el hambre e inhibir el momento de una nueva ingesta, esto es a través de la saciedad, que es la inhibición del hambre, la cual ocurre después de la ingesta y determina el tiempo entre las comidas. Tiene la función de controlar los periodos entre ingestas: comer-volver a comer (Loria Kohen, 2011).

En la regulación de la ingesta alimentaria están implicadas diversas regiones nerviosas, que involucran la corteza cerebral, el hipotálamo y el tallo cerebral. Estos centros nerviosos poseen circuitos neuronales, que conectan los centros del apetito y la saciedad. Las vías neuroendocrinas más importantes implicadas en el control de la ingesta son las neuronas orexígenas que segregan neuropéptidos Y y neuronas anorexígenas que segregan melanocortinas. Además, la sensación de hambre también está controlada por diferentes factores periféricos, como señales procedentes del tracto gastrointestinal y del tejido adiposo blanco (Loria Kohen, 2011).

3.4.2 Palatabilidad de alimento

Para entender en profundidad el acto de comer, es importante tener en cuenta ciertas características del alimento, que impactan sobre la conducta de quienes lo consumen.

Labayen&Martinez (2002) explican como la distribución de macronutrientes de la dieta tiene un rol

clave en la regulación del peso y composición corporal, siendo que las dietas con alto componente de grasa favorecen la ganancia de peso y aumento de depósitos grasos corporales. La grasa confiere palatabilidad y sabor a los alimentos, que podrían conducir a un mayor consumo de los mismos. En coincidencia, el Ministerio de Salud (2013) plantea que el acceso a alimentos poco saludables con alto contenido de azúcar, sal y grasas y alta palatabilidad: es decir agradable al paladar y con bajo poder sasiógeno, incrementan las ganas de seguir comiendo.

La Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios, SAOTA (2013) explica que ciertos productos como galletitas, chocolates, y otros ricos en carbohidratos y grasas, producen efectos similares al de sustancias psicoactivas como la cocaína, las anfetaminas y la nicotina, ya que aumentan la dopamina, una sustancia asociada al placer. La persona con dopamina baja recibe una gratificación al ingerir esos alimentos, sube así su dopamina, pero de forma momentánea, luego de un tiempo el organismo demandará más. Ravenna (2006) coincide al explicar que los alimentos palatables están repletos de ingredientes silenciosos, que actúan directamente sobre los mecanismos neuronales de motivación y recompensa, provocando que no se pueda parar.

Por otro lado, Pasca y Montero (2015) señalan que la dificultad en las personas obesas en el mantenimiento y la adherencia a las dietas, pone en evidencia que no es una cuestión de simple elección. Existe una preferencia por comidas apetecibles o palatables, a su vez los comestibles de elevada palatabilidad, que se consideran fuente de calorías vacías, ponen a funcionar el circuito de recompensa en pos de su propia satisfacción y lo desconectan de la necesidad nutricional. La ingestión de las comidas preferidas tiene efectos ansiolíticos, principalmente en estados de estrés. Por lo que modificar los sistemas de recompensa es necesario para cambiar el modelo alimentario.

Existen un gran número de artículos e investigaciones que debaten acerca del paralelismo entre los trastornos por consumo de drogas y la obesidad o el trastorno por atracón. Se debate si los alimentos con alto contenidos calóricos o ingredientes como azúcar, tienen un potencial adictivo similar al de las drogas. Los estudios de neuroimagen sugieren que la obesidad se asocia con alteraciones en la señalización dopaminérgica y con la activación de las áreas cerebrales relacionadas con la recompensa, comparables con los sujetos adictos a drogas. Se desarrolló una escala de Yale de adicción a la comida que consiste en un instrumento de 25 ítems, que mide la presencia de síntomas de adicción a la comida basado en criterios de dependencia de drogas de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Cuando el deterioro clínicamente significativo o la angustia que resulta comer en exceso están presentes y se cumplen tres de los siete criterios, se puede diagnosticar adicción a la comida. (Meule, 2016).

En relación al concepto de adicción a la comida, Tamayo, D y Restrepo, M. (2014) sostienen que este fue ganando aceptación y se relaciona con una baja significativa de dopamina en obesos. Se encontró relación entre una activación marcada en el circuito de recompensa en respuesta a las señales de alimentos y una reducción de las regiones inhibitorias en respuesta a la ingesta de alimentos. Es decir que por el apremio alimenticio endógeno, el obeso ejecuta las conductas de sobre-ingesta percibiendo el bienestar causado por la liberación de dopamina. Este bienestar se convierte rápidamente en decepción por su condición física actual, y para compensar el malestar recurre a la conducta le por experiencia le depara bienestar.

3.4.3 Circuito de recompensa cerebral

A pesar de encontrar similitudes entre los mecanismos neurobiológicos implicados en la adicción y en el consumo de ciertos alimentos, el diagnóstico de adicción a la comida todavía no se reconoce oficialmente. Para hablar de la adicción a la comida se debe explicar su neurobiología; que son los sistemas de recompensa del sistema nervioso central implicados, que permiten que el individuo desarrolle conductas aprendidas y que respondan a eventos placenteros o de desagrado. Las sustancias y conductas adictivas actúan sobre el sistema límbico, que está en la parte más interna del cerebro, provocando una sensación artificial de placer. El uso repetido de estas sustancias y conductas adictivas específicas afecta al funcionamiento del sistema límbico e inicia el proceso de adicción (Aguera et al., 2016).

La teoría de la adicción a la comida da cuenta que ciertos alimentos (principalmente aquellos con azúcar o grasas) y algunas conductas alimentarias específicas, activarían los mismos circuitos cerebrales

implicados en las adicciones, entre estos circuitos se encuentra el sistema dopaminérgico, el sistema opioide, el sistema serotoninérgico y la señalización del glutamato (Aguera et al., 2016). A continuación, se hará referencia a cada uno de estos sistemas:

Sistema dopaminérgico

Los mecanismos cerebrales del sistema de recompensa que implica la dopamina, presentes en la adicción a sustancias y en otras conductas adictivas no relacionadas con sustancias, así como en la obesidad, se hallan en las siguientes regiones del cerebro: áreas prefrontales, estructuras subcorticales (amígdala y estriado) y áreas sensoriales.

En general, los estudios con modelos animales sugieren que tanto el consumo de alimentos como de sustancias pueden actuar como un intento de aliviar la recompensa reducida, y que las personas pueden hacer uso de sustancias, pero también de alimentos altamente palatables, como un medio de auto-medicación ante un sistema dopaminérgico hipoactivo.

- Sistema serotoninérgico

Unos niveles basales bajos de serotonina pueden disminuir el control inhibitorio sobre el deseo de sustancias o alimentos y aumentar el ansia por consumir alimentos dulces, en contra de la regulación de la impulsividad.

- La señalización del glutamato

Existe relación directa entre el glutamato y la ingesta de alimentos, conductas de búsqueda de sustancias y en las conductas de atracón. Además, parece que esta alteración de la sensibilidad al glutamato potencia las vías neuronales que vinculan el recuerdo del consumo de sustancias o alimentos con el placer, lo que alimenta el deseo de repetir la experiencia.

Cormillot (2012) plantea que el centro de búsqueda y recompensa se estimula con cosas que generen placer. En el pasado, el placer se asociaba con la ingesta.

En la obesidad encontramos déficit de los neuroreceptores de dopamina, esta sustancia genera sensación de enamoramiento, alegría y excitación emocional.

Al tener un déficit de los receptores de dopamina, se utiliza una búsqueda externa de estímulos compensatorios como lo son los hidratos de carbono y grasas, debido a que los circuitos de búsqueda de recompensa se estimulan por medios naturales o artificiales, lo cual podría explicar porque las recompensas naturales podrían volverse adictivas. El exceso de grasa y azúcares sobreestimula el sistema de recompensa generando que estos se necesiten en exceso (Cormillot, 2012).

Otro componente del circuito de recompensa es la leptina, que es un mensajero químico que se encarga del mantenimiento del peso corporal, informando al cerebro cuando se tiene la suficiente cantidad de grasa. Cuando se comen en exceso grasas, harinas y azúcares, el centro de búsqueda esta resistente al mensaje, se da una resistencia a la leptina, haciendo que el cerebro considere que hay poca grasa depositada y envíe más neuropeptidos Y para resolver el problema, este aumenta el apetito y disminuye el gasto metabólico. El centro de recompensa también libera endorfinas que son sustancias asociadas a las cosas placenteras que producen bienestar. Las grasas, azúcares e hidratos refinados van sobrestimulando los centros de recompensa, de modo que cuando no se recibe el refuerzo de comida, este se desea y se busca (Cormillot, 2012).

3.5. Consecuencias de la obesidad

La obesidad es el principal factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en personas adultas en todo el mundo. Dentro de las complicaciones médicas de la obesidad se encuentran enfermedades pulmonares, síndrome metabólico, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, enfermedades del hígado, trastornos ginecológicos, así como enfermedad venosa y periodontal. Además, otras afecciones, como la gota, la hipertensión arterial, los problemas de la piel y la artrosis son también más frecuentes en personas con exceso de grasa (Soca & Peña, 2009).

Cabe destacar que el sobrepeso y la obesidad tienen consecuencias importantes en la salud, constituyen factores de riesgo para otras enfermedades crónicas, como ser diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos del aparato locomotor y cáncer (OMS, 2015). Pero además de su relación con las enfermedades físicas, la obesidad se presenta en la sociedad occidental, un factor de riesgo para problemas de naturaleza psicológica como depresión, ansiedad, hostilidad, aislamiento, etc (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez & Vidal, 1997).

3.5. Tratamiento de la obesidad

Según Martínez Valls (2002), la problemática en el tratamiento de la obesidad es que tiene alta tasa de recaídas. La obesidad raras veces se cura, simplemente se alivia. Por lo que determina como elemental que los profesionales puedan transmitir a los pacientes la importancia de perder peso más allá de lo estético, explicar a la obesidad como enfermedad crónica y mostrar el impacto de la disminución de peso en su salud. En coincidencia con Facchini (2004), manifiesta que el tratamiento de las enfermedades crónicas demanda larga duración, se requiere alta adherencia y un auto cuidado responsable para que se produzcan cambios en los estilos de vida del paciente. La baja adherencia terapéutica de los pacientes con obesidad es uno de los problemas más importantes que tienen los profesionales.

Cuevas (2005) manifiesta que es central la historia clínica en la evaluación de un paciente obeso. Debe orientarse en la detección de aquellos factores que contribuyen a desarrollar obesidad, tales como la dieta, inactividad física, historia familiar y patologías o medicamentos que favorecen un incremento de peso. El tratamiento de la obesidad debe ser multidisciplinario, involucrando a diferentes profesionales; médicos nutriólogos, nutricionistas, kinesiólogos o fisiatras, psicólogos y cirujanos. Desde una mirada multicausal de la obesidad el tratamiento no solo debe centrarse en la educación sobre la nutrición y el incremento de la actividad física, sino además debe poner énfasis en la modificación de las variables cognitivas y conductuales asociadas (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez & Vidal, 1997).

El tratamiento implica diferentes alternativas que se trabajan de forma conjunta, como lo son la dietoterapia, la actividad física, la modificación cognitivo conductual, el tratamiento quirúrgico en los casos necesarios.

Cormillot (2012) describe las múltiples opciones existentes en el tratamiento de la obesidad, siendo las mismas complementarias, no excluyentes.

- Consulta y seguimiento profesional: médicos, psicólogos, nutricionistas, profesores de educación física.
- Terapias grupales: dispositivos grupales donde se trabajan con otras personas que padecen la misma problemática.
- Educación terapéutica: aquí incluye todas las modificaciones de actitudes y conductas que se deben lograr para bajar y mantener el peso logrado. Los pilares son la información y educación sobre la enfermedad, el tratamiento, acciones, pensamientos, habilidades para la solución de problemas, aprendizaje del manejo de emociones y una mejora en las relaciones interpersonales.
- Educación intensiva: consiste en un programa integral que incluye educación obesológica y nutricional, actividad física, apoyo psicológico y cuidado médico en el marco de una comunidad terapéutica, con la modalidad de internación.
- Medicación: se considera útil solo en pacientes con elevado IMC. Dentro de los fármacos están los que reducen la ingesta, los que reducen la absorción de nutrientes y medicamentos que aumentan el gasto energético.
- Cirugía: se aplica en obesidad severa o aquellos pacientes que fracasaron en tratamientos médicos y poseen enfermedades asociadas. Existe la opción de intervenciones bariátricas, las cuales se indican a personas con un IMC de 35 con complicaciones asociadas o mayor a 40. Las diferentes intervenciones son Bypass gástrico, manga gástrica y banda gástrica.

Según Martínez Valls et al. (2002), en cualquier tratamiento de disminución de peso, la reducción de la ingesta de calorías es fundamental. Este autor diferencia las dietas en: dieta baja en calorías y dieta muy baja en calorías.

La primera refiere a la ingesta de entre 1000 y 1600 calorías por día distribuidas en 5 ingestas, indicada fundamentalmente en individuos con un sobrepeso u obesidad de grados I (30 y 34.9 IMC) y II (35 y 39.9 IMC). En esta dieta, el 55% de la ingesta corresponde a hidratos de carbono, 30% para las grasas y un 15% para las proteínas.

La dieta muy baja en calorías corresponde a una ingesta diaria de entre 600 y 800 calorías diarias. Están dentro de las dietas capaces de producir rápidas pérdidas de peso a expensas del tejido adiposo y que preservan la pérdida de grasa magra y proteínas. El rango de pérdida de peso con las dietas muy bajas en calorías oscila entre los 10 y 12 kilogramos, realizadas en un periodo de 4 a 6 semanas.

Sin embargo, estas dietas presentan algunos efectos secundarios de poca repercusión, los cuales pueden ser mínimos si se contempla la ingesta de líquidos acalóricos (2 a 3 litros de agua, infusiones o caldos

vegetales).

Vázquez y Fernández Rodríguez (2013) relatan que en el tratamiento de sobrepeso y obesidad es evidente que la pérdida de peso sostenible requiere de la modificación de muchos hábitos, de la introducción de cambios el estilo de vida, entre los cuales se encuentra la estimulación de alguna actividad física. La actividad física es fundamental en la regulación del peso, ya que genera efectos positivos, mejorando el estado de ánimo, regulando el descanso, moderando el apetito. Sin embargo, el ejercicio físico no logra una pérdida significativa de peso, pero resulta primordial para no incrementarlo. Además el sedentarismo es una de las tantas causas del engorde.

3.7.1 Método R

Para Ravenna (2006), el tratamiento deberá incluir una participación activa del paciente y entrenamiento de capacidades para que reconozca su fragilidad ante el instinto y llegar a sentir que no es fundamental el vínculo gozoso con la comida en el que resultó atrapado. El objetivo será modificar la relación de trasgresión, apego y exceso con la comida y todas las otras áreas de la vida del sujeto, para no terminar desplazando una adicción por otra.

Propone que la forma de modificar el vínculo con la comida es tomar conciencia de que el vínculo tiene existencia y por algún motivo existe, se mantiene y construye, luego aplicar el método de corte, medida y distancia, que permitirá despejar del círculo tóxico con la comida.

Corte: con el exceso, con el desborde, con la sustancia, que hace que la sensación de hambre desaparezca luego de 48hs, la reducción de la ingesta acompañada de selección de alimentos es importante para romper el círculo adictivo, cuanto menos se come menos hambre se tiene. Se deben evitar los alimentos que generan adicción (carbohidratos refinados, azúcares y harinas)

En esta etapa se corta con el círculo vicioso y se inicia el círculo virtuoso. Cuando la mente se encuentra despejada de la sustancia adictiva se piensa mejor, lo que impacta en no refugiarse en la comida. Al igual que un adicto, el vínculo es de ambivalencia molesta y gratificante a la vez. El desborde no permite pensar bien, la sustancia en exceso obtura, cuando se logra el corte se logra cambiar de actitud, la mente se encuentra despejada para facilitar otros temas más allá de la comida. En la primera etapa es importante el descenso rápido de peso para luego generar cambios de hábitos.

Medida: a diferencia de otras sustancias no se puede prescindir de la comida, se debe convivir con ella sin desborde, la medida es útil para no despertar el mecanismo de adicción. La comida pasa a ocupar el lugar de alimento. La medida es el límite, comer poco y diverso.

Al comer poco se evita la compulsión, la medida es en la porción, en el talle, en la conducta dando como resultado el aplacamiento del hambre, generando equilibrio en otras áreas.

Distancia: con la comida y entre las comidas, es decir alejadas en el tiempo, permite alejarse física y mentalmente del objeto adictivo.

Katz (2016) en contradicción con una propuesta restrictivo de grupos de alimentos, menciona que es regular ver distintas publicaciones y profesionales, que favorecen la “*demonización alimentaria*” beneficiando la exclusión de su consumo, en algún momento son las grasas, luego los hidratos, la carnes entre otros, impactando fuertemente en el deterioro de la calidad alimentaria. La autora enfatiza la necesidad de los seres humanos de que la alimentación tenga una dosis de calorías, una dosis de nutrientes y una dosis de placer. Dirá que el problema surge cuando las personas se embarcan en dietas que eliminan grupos completos de alimentos y que las dietas que proponen abstinencia de placer no funcionan.

3.8 Intervenciones para modificar la conducta adictiva en la obesidad

La Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios, SAOTA (2008) plantea que la obesidad en tanto enfermedad crónica, requiere para poder determinar qué intervenciones son convenientes, que los profesionales sepan en qué momento de relación con su enfermedad se encuentra el paciente, para esto se basa en el modelo de etapas de cambio de Prochaska y Di Clemente, las cuales se desarrollarán a continuación:

- Pre-contemplativa: no hay proyecto de cambio en el futuro inmediato, hay negación del esquema corporal. No se tiene intención porque no se ve que haya un problema.

- **Contemplativa o de Consideración:** se admite el problema, pero no se está todavía preparado para los cambios necesarios. Se alterna entre las razones para cambiar y las razones para no hacerlo.
- **Preparación:** conciencia del problema e intención de resolver la problemática en un futuro cercano. Pone un tiempo para comenzar el cambio.
- **Acción:** se toman medidas para el cambio y se afrontan las dificultades del proceso. Es fundamental el apoyo, comprensión y contención.
- **Mantenimiento:** etapa a la que se arriba después de 6 meses de mantener el proceso de cambio. Existe un compromiso con el nuevo comportamiento, se busca modificar activamente el entorno, mantener la conducta cambiada y prevenir una posible recaída.
- **Recaída:** se considera parte del proceso, de cualquier etapa. El paciente debe aprender estrategias para mejorarlas y no abandonar todo en las recaídas.

De esta manera, Vázquez Velázquez (2004) también pone foco en la necesidad de evaluar la disposición al cambio del paciente, determinando si es el momento adecuado para que la persona pierda peso. Según la autora, se debe evaluar si el individuo puede verse afectado por estresores de la vida (cambio de trabajo, problemas económicos o enfermedades, entre otros) y determinar entonces el mejor momento para realizar un tratamiento de descenso de peso o plantear una meta más inmediata referida a la prevención de una ganancia de peso mayor.

Por otro lado, Reynoso y Seligson (2005) indican que se torna imprescindible identificar y desalentar aquellas conductas que acrecientan el riesgo de enfermedad y favorecer otras que propicien que las personas sean más sanas, lo cual implica un cambio y mantenimiento de un nuevo estilo de vida. Para ello, propone técnicas para que el paciente tenga mayor autocontrol, que pueda guiar y dirigir su proceso de cambio de conductas desadaptativas, lo cual implica que conozca los factores que inciden en su conducta y cómo esos factores pueden ser modificados para producir el cambio deseado. Los autores mencionan que, para lograr el autocontrol, se requiere de tres estrategias básicas, la primera es la autoobservación; que requiere que los pacientes observen y registren sus conductas, deben saber la frecuencia en que aparecen las conductas desadaptativas, con qué lugares y acontecimientos se asocian (se registra tipo de alimentos y abundancia, disparadores). Otra estrategia importante para lograr el autocontrol es el planeamiento medioambiental, es decir, modificar el entorno físico o social a través de estrategias de control de estímulos y manejo de contingencias. Por último, la tercera estrategia de autocontrol es la programación conductual, se desarrolla a través de reforzadores contingentes a la conducta deseada, las consecuencias reforzantes pueden ser actividades placenteras, elogios. En coincidencia con esta postura, Casado et al. (1997) reafirma la importancia dentro del tratamiento del aprendizaje de una serie de técnicas cognitivo-conductuales orientadas a la mejora de hábitos de alimentación y a la modificación de distintas variables psicológicas asociadas. Explica que las técnicas de autocontrol permiten que el paciente se implique de forma activa en su tratamiento, propiciando incrementar el autocontrol de las conductas de ingesta.

El consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO, 2007) promueve el uso de técnicas cognitivo conductuales, ya que éstas están dirigidas a desarrollar nuevas pautas de alimentación, corregir creencias erróneas que generan distorsiones comportamentales, control de estímulos ante diferentes situaciones, establecimiento de contratos, técnicas de relajación destinadas a disminuir el estrés y la ansiedad, así como también la corrección de los estados emocionales para evitar la sobreingesta, y mejorar el autocontrol, en especial, el entrenamiento en la prevención de recaídas.

Echeburúa (1999) señala las vías de intervención para adicciones psicológicas, como es el caso de la adicción a la comida, es decir, enuncia diferentes pautas para el control de las conductas adictivas:

- **Control de estímulos:** implica el aprendizaje de respuesta de evitación ante situaciones de riesgo para lograr una recuperación objetiva que comprende no implicarse en la conducta adictiva. En la primera fase de la terapia, es conveniente la evitación de los estímulos asociados a la conducta descontrolada, lo que implica, por ejemplo, limitar la compra de alimentos a los necesarios señalados con anticipación en una lista, no tener alimentos prohibidos en la casa, comer sentado, en determinadas horas, en compañía, sin otras actividades simultáneas. Además, es necesario el aprendizaje de respuestas alternativas a la comida en situaciones de estrés. Esta técnica ayuda al paciente a mantenerlo alejado de los estímulos peligrosos y contribuye en una mejora objetiva.

- **Exposición a los estímulos:** es la exposición programada a situaciones de riesgo con la intención de generar una recuperación subjetiva. La recuperación total del paciente se produce en esta segunda fase del tratamiento, cuando se logra la exposición a señales de riesgo de forma progresiva y regular, y logra resistirse a ellos sin poner en marcha conductas de escape. La exposición a las señales de riesgo debe realizarse, al principio, en compañía con una persona de confianza. En esta fase, suele disminuir la intranquilidad subjetiva y el paciente va aumentando la confianza en su autocontrol, disminuyendo el riesgo de recaídas.
- **Solución de problemas específicos:** implica la enseñanza de formas de afrontamiento de los diferentes problemas que se le presentan en la vida cotidiana a los pacientes, sin recurrir a la conducta adictiva. Por ejemplo, el control del ansia por implicarse de nuevo en la conducta adictiva, donde los pacientes pueden tener momentos que quieran comenzar de nuevo con la adicción, ya sea producto de una situación externa o estímulos internos. Las acciones sugeridas en esos casos son desestimar el pensamiento de querer consumir y diferenciar que se trata de un deseo, no de una necesidad, también se recomienda apelar la distracción en alguna actividad o con compañía agradable.
- **Técnicas de distracción cognitiva:** concentrarse en un estímulo ambiental neutro o recordar alguna situación agradable, ocupar la mente en alguna actividad absorbente o realizar ejercicio físico. Resulta útil para disminuir la ansiedad, el control de la respiración y relajación.
- **Control de los conflictos interpersonales:** la situación nueva del paciente en tratamiento impacta en sus relaciones interpersonales, se generan reestructuración de las relaciones familiares que implica que todos los miembros de la familia sean parte del proceso de adaptación, muchas veces se requiere de asistencia de ayuda externa.
- **Creación de un nuevo estilo de vida:** es importante ofrecer a los pacientes alternativas en las que invertir su tiempo y que estas le deparen satisfacción. Se debe trabajar en restablecer el equilibrio del paciente mediante la dedicación diaria a actividades gratificantes, esta es una manera de evitar las recaídas.
- **Prevención de recaídas:** las recaídas son parte de todas las adicciones, en el caso de la comida, no se puede tener abstinencia total por lo que se trata de aprender a relacionarse con los estímulos de manera controlada. Los episodios de recaídas se asocian a estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social. Cormillot (2004) plantea que la persona obesa padece de una enfermedad crónica, en coincidencia con Ravenna (2004), y si bien ésta no tiene cura, es posible alcanzar una recuperación perdurable, siempre que se sostenga en el tiempo un estilo de vida donde aprenda nuevas conductas y formas de disfrute 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 mejorar su red social. Las intervenciones exitosas requieren de un enfoque terapéutico que focalice en la adherencia al tratamiento y el autocuidado (Facchini, 2004). Según Zukerfeld (2011) el tratamiento debe ser amplio para poder reemplazar la afección por la comida por otros objetos suplenes más gratificantes, se deben dar condiciones y técnicas de control y autocontrol, cómo también valor que la comida para el obeso tiene categoría de sustancia, como lo sería el alcohol para alguien con problemas de consumo del mismo. Beck (1999) postula que los pacientes con conductas adictivas, suelen desarrollar creencias adictivas, muy enraizadas que se vuelven resistentes al cambio. Las intervenciones que se realizan apuntan a que los pacientes examinen sus creencias disfuncionales y pensamientos automáticos, reemplazándolas por creencias más constructivas “creencias de control”. Una de las estrategias utilizadas para aumentar el control es el análisis de ventajas y desventajas; la idea es que el paciente aumente los motivos de abstenerse a la conducta disfuncional. También se utiliza el cuestionamiento socrático, que implica un cuestionamiento guiado, es decir a través de preguntas se busca que los pacientes revisen las creencias adictivas y aumenten las creencias de control.

3.9 El rol profesional en el tratamiento de la obesidad

Mónica Fanchini (2004) sostiene que los profesionales que se dedican al tratamiento de enfermedades crónicas, como la obesidad, deben tratar a los pacientes con paciencia, debido a que son padecimientos que traen complicaciones o recaídas, destaca que desde la primera entrevista es necesario que el paciente sepa qué se trata de una enfermedad para toda la vida, que deberá tratarse. La autora enfatiza que es fundamental el vínculo terapéutico, el profesional necesita poseer la capacidad de ofrecer apoyo y sostén, reforzando la autoestima y autoeficacia del paciente, con una actitud amplia, humilde y empática. La importancia no recae tanto en las técnicas que aplican los profesionales, sino en la actitud que toman, se debe escuchar de forma activa y sostenida, no enjuiciadora, alentar, ser honesto y optimista.

Por su parte, Miller y Rollnik (1999) conceptualizan la entrevista motivacional como herramienta en el tratamiento de adicciones, este abordaje comprende un estilo de relación especial entre paciente y terapeuta, donde se trata de promover la motivación en el paciente, que busque las razones y valores propios que pueden promover el cambio de su conducta adictiva, todo ello en un clima de empatía y cordialidad, sin juicios moralizantes. La tarea del terapeuta radica en formular preguntas, dudas, que permitan al paciente llegar a considerar alguna información que hasta el momento no tenía un peso relevante dentro de sus decisiones. El terapeuta puede ayudar a una persona a ser consciente de que tiene un problema, pero si ésta no tiene esperanza de lograr cambiar, no hará ningún esfuerzo. Por este motivo, uno de los objetivos de cualquier enfoque terapéutico, consiste en aumentar la percepción del paciente sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio. En coincidencia Fanchini (2004) considera para el tratamiento de la obesidad y otras enfermedades crónicas, el modelo centrado en el paciente, el cual consistente en entrar en el mundo del sujeto para entender la experiencia única de su enfermedad.

Ventriglia y Chimirri (2015) postulan que el profesional que cumple el rol de coordinador dentro de un grupo terapéutico, tiene la función de contención y de desciframiento de ansiedades, evaluar cuál es la conducta del paciente en relación al cumplimiento del tratamiento, detectar la negación, resistencias, de manera que se modifiquen actitudes y posibilite un proceso de cambio. El vínculo que establece es de la confianza, la credibilidad y comprensión del problema.

Según Miller y Rollnik (1999) el terapeuta no es un observador pasivo de la motivación de sus pacientes, la falta de motivación constituye un reto para las habilidades del terapeuta. La ambivalencia es, a menudo, el núcleo del problema, la terapia requerirá de una paciencia y tolerancia respecto de la ambigüedad, además de sentir un profundo respeto hacia los pacientes. La persuasión y confrontación directa no son las mejores estrategias, cuanto más confronte el terapeuta, el paciente se volverá más resistente y reacio a cambiar. Estos autores entienden que cada persona posee un potencial poderoso para el cambio, la tarea del terapeuta recae en ayudar a que emerjan esos recursos que posee el paciente, el paciente se toma como un aliado, se focaliza en ayudar a la persona a salir de la ambivalencia que lo atrapa, que lo arrastra en círculos de conductas autodestructivas.

Yalom (2010) menciona que el cambio terapéutico es un proceso complejo que se produce a través del intercambio de experiencias humanas, el autor detalla ciertos factores terapéuticos que dentro de un grupo posibilitan el cambio. Entre los factores que menciona, establece que los terapeutas dentro de un grupo deben infundir esperanza, es decir incrementar las creencias de los pacientes y su confianza en la eficacia de la modalidad del grupo, esto se realiza mediante el refuerzo positivo, y la explicaciones de las propiedades curativas del grupo. El terapeuta debe promover el desarrollo de habilidades sociales en los grupos terapéuticos y, al mismo tiempo, generar nuevas formas de resolución de problemas.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Estudio Descriptivo-Cualitativo. Diseño no experimental.

4.2 Participantes

El estudio se llevó a cabo, por un lado, de la observación de los grupos de descenso de peso compuesto por 35 y 55 personas aproximadamente, conformado por hombres y mujeres adultos de 18 a 65 años. Los grupos fueron coordinados por psicólogos y nutricionistas. Además, se realizaron entrevistas a los profesionales de diferentes disciplinas (psicólogo, psiquiatra, nutricionistas, coordinadores de grupos) que trabajan en la institución:

Psicólogo 1: Mujer, 10 años dentro de la institución, coordinadora de grupos de descenso y mantenimiento. Lic. en Psicología, formación psicoanalítica.

Psicólogo y coordinador de grupo 2: hombre, 8 años en la institución, coordinador de grupos de descenso peso, Lic. en psicología.

Psicólogo 3: Mujer, 6 años dentro de la institución, coordinadora de grupos de descenso de peso. Lic. en Psicología

Nutricionista 3: Mujer, 12 años en la institución, coordinadora de grupo y nutricionista, Médica-Nutricionista.

4.3 Instrumento

Observación no participante de terapias de grupo de descenso de peso en una clínica que trabaja con obesidad.

Se realizaron entrevistas semidirigidas a los profesionales de la clínica, en cada entrevista se indagó sobre la concepción de la obesidad de los profesionales, las intervenciones aplicadas para modificar la conducta adictiva y los criterios de recuperación.

4.4 Procedimiento

El trabajo se llevó a cabo en un período de aproximadamente de seis meses, realizando las observaciones semanalmente de los grupos de descenso de peso de la institución. Se registró de forma escrita las observaciones y las intervenciones aplicadas por los profesionales en los grupos.

Se realizaron cuatro entrevistas individuales semi-estructuradas a profesionales de la institución, la duración de cada entrevista fue de aproximadamente 30 minutos.

5. DESARROLLO

5.1 Presentación de la institución

La institución donde se realizó la práctica brinda un tratamiento que incluye aspectos médico, nutricional y psicológico. Dentro de las actividades adicionales optativas que tienen a disposición los pacientes se encuentran las clases de educación física, los talleres de *mindfulness*, de imagen corporal y otras actividades grupales al aire libre.

El plan alimentario consiste en una dieta hipocalórica (600 y 800 calorías diarias) sin hidratos refinados, ni azúcares. Los pacientes tienen la opción de comprar los menús en los restaurantes de la clínica. Los pacientes deben realizar un registro diario de su peso, cuando asisten a la clínica se les pide que se pesen dentro de la institución y reporten su peso, que queda registrado para poder verificar su evolución a lo largo del tratamiento.

La clínica trabaja con terapias grupales, si bien su anclaje es bastante ecléctico, ya que toman aportes de diferentes teorías, en el tratamiento de la obesidad el descenso rápido de peso y los cambios de hábitos, se logran con la implementación de terapias conductistas y cognitivas. En los grupos se trabajan

aspectos psicológicos de la enfermedad, se pone foco en desentrañar el mecanismo adictivo, es por este motivo que no se habla de comidas en los grupos, ya que constituye la categoría de sustancia.

Los pacientes tienen gran oferta de horarios para asistir a las reuniones grupales, todos los días de la semana, ya que es pilar del tratamiento la asistencia a las mismas, también cuentan con la alternativa de realizar un seguimiento a través de *YouTube*, siendo una buena opción para aquellos que se encuentran lejos de la clínica o no pueden asistir. La clínica posee otras sedes en diferentes provincias y otros países. Los grupos se dividen en descenso de peso y mantenimiento. Generalmente, lo conforman entre treinta y cincuenta pacientes adultos y de tercera edad, entre 18 y 65 años, de ambos sexos. En los grupos participan pacientes con distintos niveles de obesidad y sobrepeso.

Los profesionales que trabajan en la institución son nutricionistas, psicólogos, psiquiatras especialistas en obesidad. Se trabaja en el descenso de peso para luego consolidar la modificación hábitos de manera permanente. Los temas abordados en los grupos se refieren el vínculo con la comida, sin mencionar detalles de dietas, tipo de alimentos, ya que se trata de no activar ningún pensamiento que despierte el deseo de consumo.

5.2 Describir como conciben los profesionales del Instituto la obesidad.

En las observaciones de las terapias grupales en la institución se pudo ver de qué manera conciben los profesionales la obesidad. Parte de las preguntas recurrentes de los pacientes en los grupos son acerca de entender el porqué de la problemática, que la desencadena, porque se encuentran atravesando esa enfermedad y les cuesta tanto modificar sus conductas, los psicólogos en los grupos explican que la obesidad o la relación compleja con la comida va un poco más allá de lo biológico, confluyen varios factores como las costumbres, los hábitos y lo emocional. En palabras de un coordinador de grupo “sí bien se engorda por muchas cosas, para adelgazar hay que seguir indicaciones muy precisas” Tal como plantea Bersh (2006), la obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial y, en coincidencia con García (2004), la obesidad es una enfermedad compleja y heterogénea en cuanto a su expresión clínica, la salud del sujeto se ve afectada en lo biológico, lo social y lo psicológico.

En palabras de uno de los psicólogos entrevistados “La obesidad se puede definir como una enfermedad del organismo y de la conducta humana” explica que la obesidad involucra tanto el comportamiento como también lo puramente orgánico, haciendo referencia a la organicidad de un cuerpo, al índice de masa corporal superior a 25, por un lado, y al comportamiento, por el otro. El mismo psicólogo comenta “La obesidad es un síntoma ligado a la conducta, los pacientes, ante distintos estímulos, diferentes situaciones de la vida cotidiana, toman la comida como algo que les va a ayudar, piensan o sienten que si comen en ese momento hay un alivio” resulta importante reflexionar acerca de este punto teniendo en cuenta que la conducta de comer, se utiliza como herramienta de alivio, como respuesta ante diferentes situaciones, resultando muchas veces como una sustancia calmante. Miller y Rollnick (1999), dirán que las personas a veces utilizan las conductas adictivas como una forma de afrontamiento, un patrón conocido como dependencia psicológica, se llega a depender de un objeto “comida” que les ayuda a enfrentarse a estados difíciles o no placenteros, les ayuda a sentirse mejor. En relación a esto, un psicólogo de la clínica explica el acostumbramiento que tienen los pacientes en mezclar la comida con situaciones particulares o como respuesta a estados de ánimo y sensaciones específicas (angustia, frustración, ansiedad, aburrimiento) “hay un acostumbramiento a que aparezca el comodín, la muleta, que es la comida en exceso en el cuerpo, que permite explicar, justificar, entender, tapar, todas las cosas que nos suceden como persona”

Una de las psicólogas expone la problemática de la obesidad como adicción, refiere que ocasiona una dependencia psicológica y fisiológica, que va más allá del control, de la voluntad a pesar del daño que produce. Existe un abuso compulsivo de la sustancia y/o conducta, explica de esta forma la continuidad en una conducta disfuncional como lo es el comer en exceso, a pesar de saber las consecuencias que produce “yo sé que me hace mal pero lo cómo igual”.

La dependencia fisiológica se puede entender a través de los efectos que producen ciertos alimentos, que se consideran más palatables, otorgando mayor placer y gratificación a nivel cerebral, generando una activación en los circuitos de recompensa, provocando una sensación de no poder parar la ingesta y la búsqueda continua de repetir aquella experiencia que disparó sumo placer y quedó grabada en la memoria. Como manifiesta una de las nutricionistas en un grupo “todas las sustancias de abuso

comparten el mismo circuito neurobiológico y cuando se intenta dejar la sustancia el cuerpo demanda más” la profesional declara “cuando consumo se produce un proceso químico y no se puede decir que no”. De manera clara, Aguera et al (2016) explica que la adicción a la comida da cuenta que ciertos alimentos (principalmente aquellos con azúcar o grasas) y algunas conductas alimentarias específicas, activarían los mismos circuitos cerebrales implicados en las adicciones, entre estos circuitos se encuentra el sistema dopaminérgico, el sistema opioide, el sistema serotoninérgico y la señalización del glutamato.

La nutricionista de la institución explica que ciertas sustancias son potencialmente adictivas y cuando se las ingiere liberan glucosa a gran velocidad, lo que activa la producción de insulina, esto hace que, ante el exceso, la hormona se sobrecarga y no pueda distribuir adecuadamente la glucosa, por lo que el exceso se convierte en grasa.

En los grupos se habla de sobriedad en la conducta y con la comida, y se comentan los beneficios de estar “limpios”, es decir de la cantidad de días de sobriedad, si bien explican los profesionales que, a diferencia de otras adicciones, el objeto adictivo no se puede eliminar, determinan como sustancia adictiva “tóxica” el comer en exceso y los hidratos de carbono refinados y azúcares. Por lo que la abstinencia en el tratamiento sería la impecabilidad de la dieta y la recaída constituye el tener excesos o consumir las sustancias consideradas tóxicas.

Tanto en las observaciones de las terapias grupales y en las entrevistas realizadas a los profesionales de la clínica, se puede vislumbrar que la concepción que tienen de la obesidad, está íntimamente vinculada con las adicciones, las expresiones utilizadas por los profesionales son tolerancia, descontrol, compulsión, sobriedad, “estar morfado” como expresión de “estar en consumo” abstinencia, recaídas. Como expone Ravenna (2004) la obesidad no es una enfermedad adictiva pero si el comer en exceso y esto puede llevar a la obesidad.

La obesidad, según los profesionales de la clínica, es una consecuencia de una adicción, ya que se verifica un vínculo dependiente, excesivo, atrapante y no controlable con la comida, cómo dirá un psicólogo “el peligro está en el vínculo que se establece con la comida” En relación a éste punto, Echeburúa (1999) menciona que los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la pérdida de control y la dependencia. Esto aparece cuando el sujeto muestra una pérdida habitual de control al realizar una determinada conducta, persiste con ella, aunque tenga consecuencias negativas, manifiesta dependencia de la misma, domina sus pensamientos, genera inquietud si no puede llevarla a cabo de inmediato y pierde interés por otro tipo de actividades que antes le resultaban gratificantes.

Un profesional coordinador de un grupo de descenso exhibe que la obesidad como cualquier adicción, cualquier repetición, permanente y crónica, constituye una pérdida de tiempo valiosa “cualquier adicción se lleva puesta mucha calidad de vida” dirá el psicólogo. Además, se puede escuchar en los relatos de los pacientes, el tiempo transcurrido entre dieta y dieta, entre la multiplicidad de tratamientos que no resultaron, es decir, se vislumbra un transcurrir del tiempo en donde la adicción se presenta en el descontrol y la imposibilidad de poner límites a la conducta, por un lado, y los intentos de control fallidos, por el otro. Dentro de los grupos se habla de la oscilación en los pensamientos de las personas con problemática de obesidad, es decir, entre las razones para cambiar y las razones para permanecer en el mismo lugar. Las personas que luchan con problemas adictivos tienen motivaciones fluctuantes y conflictivas, “quieren, pero no quieren” este conflicto es la ambivalencia, como explica Miller y Rollnick (1999), es como un estado de la mente, donde un sujeto tienen sentimientos conflictivos sobre algo, existe desequilibrio en realizar una conducta o frenarse. Generalmente son conductas que provocan mucha emoción y se caracterizan por un fuerte impulso y exigen grandes esfuerzos para controlarlas.

Es importante señalar que los pacientes relatan pérdida de interés en actividades placenteras más allá de la ingesta, aislamiento, variaciones constantes y significativas en sus emociones, pérdida de energía, cambios en sus relaciones vinculares, conductas de evitación. Esto guarda relación con las consecuencias que se producen en otras adicciones donde se ven afectadas diferentes áreas.

Como explica uno de los coordinadores de grupo, la característica de las conductas adictivas es que buscan la gratificación a corto plazo a expensas de un daño a largo plazo. Las conductas adictivas son condiciones crónicas con tendencia a las recaídas. Como refiere Ravenna (2006), entra la comida por voracidad y no puede salir por adicción.

5.3 Detallar las diferentes intervenciones realizadas para modificar la conducta adictiva.

La conducta adictiva dentro de la clínica, comprende el comer en exceso, el desborde, el agrandamiento de la medida, el vínculo atrapante con la comida que genera malestar y da como resultado la obesidad y el sobrepeso. Es a partir de esta concepción de la obesidad desde donde se realizan las intervenciones. Según Zukerfeld (2011) las conductas adictivas en la obesidad, son una serie de conductas que expresan la existencia de conflicto y dependencia ante la comida y a determinados alimentos, en particular los hidratodecarbonados.

Los profesionales proponen trabajar sobre las conductas de base que sostienen la enfermedad, que son el descontrol, el autoengaño, la falta de límites y la dependencia. Pero cabe destacar que el primer eslabón que se requiere para trabajar, es el corte con el objeto adictivo, ya que es la clave para tener la mente desintoxicada y poder pensar correctamente. Ravenna (2006) remarca la importancia del corte con el objeto adictivo, el cual permite pensar mejor, dado que según el autor, el circuito del desborde no permite pensar bien, la sustancia en exceso tapa y obstaculiza.

Una de las psicólogas explica en un grupo, que para cortar con la conducta adictiva, el primer corte debe ser químico, es decir 3 días de dietas perfecta, ese corte inaugural posibilita otros cortes, el corte con la adicción es un proceso, el corte emocional llegará después, da un ejemplo de una persona con adicción al alcohol, diciendo que para poder trabajar y modificar la conducta se requiere estar sobrio “Primero el corte, no expliques nada, una vez que cortaste y en unos días te pongas en el estado mental correcto, después sí explicá, porque uno a la distancia del objeto adictivo explica distinto” Los profesionales indican que cortando con la comida “adictiva” es decir, realizando tres días de dieta impecable, se entra en estado de acidosis y los pensamientos cambian, por razones biológicas y psicológicas. Según Ravenna (2006), se corta con el círculo vicioso y se inicia el círculo virtuoso. También los pacientes manifiestan que cuando realizan el corte logran obtener claridad, nuevos pensamientos, adquieren formas distintas de mirar el problema, la energía que tienen la vuelcan en otras áreas, posibilitando otras formas de disfrute, de distracción y de búsqueda de bienestar. Cuando la mente se encuentra despejada de la sustancia adictiva se utiliza la razón de forma más efectiva, logrando que el paciente no se refugie en la comida. Al igual que un adicto, el vínculo con la comida es de ambivalencia molesta y gratificante a la vez, por lo cual las intervenciones de los profesionales están destinadas a sacar al paciente del estado ambivalente. Como señalan Miller y Rollnik (1999) el terapeuta destina sus esfuerzos en ayudar a la persona a salir de la ambivalencia que lo atrapa y lo arrastra en círculos de conductas autodestructivas.

Una de las intervenciones recurrentes es focalizar la atención, no distraerse, ya que irse de la dieta es una pérdida de tiempo que genera desgaste, poniendo en peligro la continuidad del tratamiento. Uno de los psicólogos le indica a un paciente, quien comenta que no puede conectarse con el tratamiento y que metió comida de más en los últimos días, que debe asistir a los grupos más días, debe reforzar su compromiso, ya que no distraerse implica asistir de forma continua. Cuando hay más conexión con el tratamiento y con los grupos, aumentan la probabilidad de éxito del tratamiento. Dentro del instituto, una intervención repetida por parte de los terapeutas, es la petición de asistencia a los grupos, les indican a los pacientes que debe ser prioritario, la no asistencia se toma como una excusa propia de la enfermedad. Además, se comenta de forma reiterada la importancia de compartir experiencias con otros que transitan el mismo problema, ya que genera compromiso, identificación, sentido de pertenencia y brinda la posibilidad de obtener nuevas herramientas a partir de la confrontación de vivencias análogas. A través del grupo, se incorporan herramientas para el trabajo individual, se incorporan límites y se modifican conductas. Yalom (2010), sustenta que el terapeuta debe promover el desarrollo de habilidades sociales en los grupos terapéuticos y, al mismo tiempo, generar nuevas formas de resolución de problemas.

Una de las profesionales de la clínica refiere sobre los grupos “ intervenimos en los grupos haciendo que el paciente pueda cortar con la tendencia que tiene a repetir una conducta tóxica, buscando que encuentre en el grupo, a través de lo que les dicen sus propios compañeros, formas de hacer algo diferente, es decir, sí todos los días a la noche come de más, ver qué cosas puede hacer, qué cosas puede cambiar , que encuentre maneras diferentes de pasar las horas del día, que no implicarían comer de más, se propicia que el paciente descubra sus propios recursos, estrategias” de esta manera, se puede verificar que la asistencia a un grupo terapéutico, constituye un modo de desmitificar creencias arraigadas y

adquirir conocimientos que mejoren la conducta y los vínculos transformando las conductas de desborde. Desde la clínica se refuerza de forma continua la importancia que tiene el grupo dentro del tratamiento, insistiendo con la asistencia como pilar para la recuperación. Es importante ver como en el desarrollo de los grupos, los coordinadores facilitan los comentarios de los pacientes que van progresando en el tratamiento. Los profesionales de la institución animan a los pacientes a relatar sus progresos, inician los grupos resaltando aspectos positivos para reforzar la continuidad, ayudar a maximar la atención, adquirir herramientas de control, funcionar como una red de contención. En palabras de un profesional “ en los grupos no hablamos de comida, ni de lo mal que la pasamos con la dieta, la idea es que la persona no tenga un discurso melancólico desde lo grupal, sino, nos vamos todos a comer” o como indica en un grupo el director de la clínica “ los buenos grupos no tienen el lamento del gordo, sí tienen el proyecto del flaco, el discurso melancólico molesta, la idea de lo grupal es que salgan motivados, con ganas”. El cambio terapéutico se produce a través del intercambio de experiencias humanas, las terapias grupales son claves al respecto, la función de los terapeutas debe apuntar a brindar esperanza, es decir incrementar las creencias de los pacientes y su confianza en la eficacia de la modalidad del grupo, mediante el refuerzo positivo y las explicaciones de las propiedades curativas del grupo (Yalom, 2010). Un profesional explica a los pacientes que la sustancia con la que se debe estar abstinentes es el exceso “Hay un montón de pacientes que cuando le sacas el exceso siente abstinencia, la cual hay que transitarla. En el camino de la recuperación está la renuncia” La distancia, es reiterada por los psicólogos en sus intervenciones, distancia con la comida y entre las comidas, que conlleva a no tener un vínculo de apego, esto permite estar alejados del objeto adictivo.

Es frecuente escuchar a los profesionales decir que los pacientes deben generar redes de contención, una de ellas es el grupo, otras es la sugerencia tener seguimiento de un compañero, por ejemplo, mediante chat telefónico, estos grupos propician la motivación y continuidad con la dieta. Además de estas indicaciones, se les sugiere que no se queden solos, no se aíslen, tengan nuevas actividades, proyectos, para no apegarse a la comida. Echeburúa (1999), refiere la importancia de crear un nuevo estilo de vida, ofrecer a los pacientes alternativas en las que invertir su tiempo y que estas le deparen satisfacción. Se debe trabajar en restablecer el equilibrio del paciente mediante la dedicación diaria a actividades gratificantes, esta es una manera de evitar las recaídas.

Uno de los pacientes explica que se fue el fin de semana y que si bien no comió en exceso, le generó mucho miedo, ya que antes eran viajes de mucho descontrol con la comida “no me resultó fácil, era como que estaba ahí sentada y miraba lo que comían los demás” La psicóloga le muestra que cuánto más distancia ponga con la comida, más fácil va a resultar “En vez de conectarte con la comida perdida, te vas a conectar con lo que hay por fuera de la comida, que es la gran ganancia, pasarla bien, demostrarte a vos misma que hay fiesta en otro lado, pero no con la comida” Cómo desarrolla Zukerfeld(2011) el tratamiento debe ser amplio para poder reemplazar la avidez por la comida por otros objetos suplentes más gratificantes.

En la institución se pudo observar diferentes intervenciones que plantean la importancia de la planificación, se alienta a los pacientes a planificar y organizarse ante diferentes situaciones, tener en cuenta los horarios, programar que voy a comer, preparar un plan de contingencia ante eventos o situaciones que pueden afectar con el tratamiento, como señala una psicóloga en un grupo “Su lema debe ser , yo puedo ir a cualquier lado que a donde vaya el tratamiento va conmigo” “De cualquier manera cuando se presenta el caos, tengo que saber que tengo un solo remedio, es el orden” con estas intervenciones se empodera a los pacientes, fomentando el autocontrol, que es una herramienta clave dentro del manejo de conductas adictivas. Las medidas de autocontrol de los pacientes son imprescindibles en el tratamiento, los pacientes deben tener una actitud activa observando y reflexionando sobre sus conductas de ingesta de alimentos (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez & Vidal, 1997).

Dentro de los grupos de descenso se verifica que no se da lugar a los pensamientos catastróficos, se les indica a los pacientes salir del lamento, del lugar de víctima del problema, que es un lugar pasivo, se les pide posicionarse como responsable de la solución, desde un lugar activo, dejar de focalizarse en la pérdida para potenciar las ganancias obtenidas, posibilitar la aparición de pensamientos positivos, pensar en los logros y no en la falta, cuando un paciente se queja, se trata de que se corra de ese lugar. Una intervención que se utilizó al comenzar un grupo, fue preguntar a los pacientes que ventajas encontraban al “estar en tratamiento” buscando así fortalecer las creencias de control, desalentado las

creencias adictivas. Como refiere Beck (1999), las creencias adictivas se desarrollan con el tiempo, se asimilan mucho y se vuelven resistentes al cambio, se busca que los pacientes examinen sus creencias disfuncionales y pensamientos automáticos y las reemplacen por creencias más constructivas, creencias de control. Una de las estrategias detalladas por el autor para ampliar el control es el análisis de ventajas y desventajas, la idea es que el paciente aumente los motivos de abstenerse a la conducta disfuncional. Se facilita de esta forma el aumento de creencias de control.

Otra propuesta en un grupo fue preguntar a los pacientes que cosas descubrieron en el momento que apareció el corte con la comida en exceso y cómo impactó en sus vidas, una de las pacientes menciona estar más despejada, tener más tiempo para otras actividades, lograr disfrutar más allá de la comida. Otro paciente comenta que le permitió ordenarse, tener límites en sus emociones, estar más tranquilo. Todas estas intervenciones se orientan a motivar a los pacientes. Según Miller y Rollnik (1999), se debe tratar de promover la motivación en el paciente, para que busque las razones y valores propios que pueden promover el cambio de su conducta adictiva. Para estos autores la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar, ese estado puede ser influido por muchas situaciones. Se puede entender como una etapa de la preparación para el cambio. Cómo se constata en los grupos la motivación es una parte central e inherente al profesional, el cual debe desplegar en sus intervenciones.

En la observación de los grupos se pudo ver como los profesionales estimulan a los pacientes en la modificación de hábitos, la incorporación de nuevas conductas, que impliquen una vida constructiva, no se trata exclusivamente de profundizar en los objetivos de descenso de peso. Como refiere uno de los terapeutas, se debe “Sostener la conducta por más tiempo, para consolidar hábitos nuevos, nuevas conductas” Como explican Vázquez y Fernández Rodríguez (2013), es evidente que la pérdida de peso sostenible requiere la modificación de muchos hábitos, de la introducción de cambios en el estilo de vida, entre los cuales se encuentra la estimulación de alguna actividad física. Realizar ejercicios regularmente es fundamental en el control del peso, además de los efectos positivos, tiene impacto en el estado de ánimo, incide en un mejor descanso entre otros beneficios. Sin embargo, el ejercicio físico no logra una pérdida significativa de peso, pero resulta primordial para no incrementarlo. Además, la actitud sedentaria es una de las tantas causas del incremento de peso.

Uno de los pacientes manifiesta en el grupo que le está costando asistir a los mismos “Me cuesta venir, siento que escucho siempre lo mismo, que ya se lo que tengo que hacer” el terapeuta le indica al grupo que deben detectar señales de alerta “hay que estar atento a la previa, que es cuando uno puede trabajar” les explica que cuando agrandan la porción, faltan a los grupos o empiezan a aburrirse, es cuando más atento se debe estar. En palabras de los profesionales, los indicios son los mismos, muchas veces se está preparando la escena de recaída, es en ese momento en el cual más se debe trabajar, volver a recuperar la atención, concentrarse en lo conquistado y en el recuerdo de cómo estaba cuando inicio tratamiento en la clínica. Ventriglia y Chimirri (2015) postulan que el coordinador dentro de un grupo terapéutico, debe evaluar cuáles son las conductas de los pacientes en relación al cumplimiento del tratamiento, se debe detectar la negación y resistencias que emergen, para que se puedan modificar actitudes y se logre el proceso de cambio.

En los grupos se intenta que los pacientes incorporen límites, que aprendan como abstenerse de hacer lo que se quiere, como tolerar una indicación, para ello se propicia el logro del límite y la medida en diferentes aspectos de la vida. Según Ravenna (2006), practicar el concepto de medida permite evitar la compulsión, la medida posibilita el sistema de alerta que indica cuando parar, cuando la porción se agranda. A propósito de este concepto, la nutricionista y coordinadora de grupo de descenso expresa “entender que la medida no es solamente con la comida, es en todo sentido, porque la verdadera adicción es al exceso, los pacientes tienen excesos en otras áreas. El paciente a partir de que pone un límite con la comida empieza a poner límites en otras áreas de la vida, jefe, hijos, eso es fantástico, porque nosotros no hablamos de un tratamiento para adelgazar sino de un tratamiento para vivir mejor”

Uno de los pacientes relata en el grupo, que las últimas dos semanas no está bajando de peso, la balanza no se mueve y manifiesta que realizó todo como le indicaron, pero no bajar le generó bronca y provocó que coma nuevamente de más. La psicóloga le pide que saque su atención de la balanza y se ocupe de sostener el límite con la comida “la atención no debe ir a la balanza, pero sí a la conducta” se debe respetar el detalle, el descenso se va dar, señala que parte de lo que se debe entrenar es la tolerancia a la frustración y no el exceso como alternativa automática. La intolerancia ante la frustración va aparejada

con la intolerancia ante la disforia producida por la desilusión. Las personas con conductas adictivas quieren conseguir una meta rápidamente, cualquier retraso se percibe como interminable, cualquier obstáculo que los pacientes encuentren dispara las sensaciones de impotencia y produce un sentimiento de debilidad (Beck, 1999).

A lo largo de la práctica, se pudo visualizar que en los grupos terapéuticos se interviene para que las emociones se ubiquen en el lugar que les corresponde y los pacientes puedan diferenciar la comida de estados emocionales, no utilizar la comida como prótesis, es el caso de una paciente que relata que estuvo comiendo en exceso los últimos días, cuando el terapeuta indaga sobre su comer en exceso, la paciente relata “hace unos días fue el aniversario de la muerte de mi hijo, estoy muy angustiada, sé que no se soluciona con la comida, pero no pude parar” Por lo que el terapeuta menciona la importancia de que la angustia se transite, de que no se canalice por medio de la comida. Resulta primordial aprender a dar respuestas alternativas a la comida en las situaciones de estrés. Uno de los objetivos terapéuticos es enseñar a los pacientes a que puedan afrontar adecuadamente las dificultades de la vida cotidiana sin recurrir a la conducta adictiva como solución que termina resultando contraproducente (Echeburúa, 1999).

5.4 Indagar cuales son los criterios que determinan que los pacientes dejen de tener conducta adictiva con la comida y si esto implica la recuperación.

De las observaciones y entrevistas realizadas, se puede extraer que la obesidad entendida desde la perspectiva de la institución; como una consecuencia de una conducta adictiva, requiere de un tratamiento profundo que establezca cambios duraderos para su recuperación.

El tratamiento y la recuperación en particular, implican integrar los conceptos de caída y recaída, cómo parte constitutiva de la enfermedad. En los grupos se observan, la concurrencia de pacientes obesos recuperados recidivantes con pocos kilos de sobrepeso y obesos recuperados recidivantes con muchos kilos de más, al preguntarles ¿Por qué volvieron? ¿Cómo fue que aumentaron tantos kilos? explican principalmente la perdida de atención sumado a una ilusión de control, es decir, a la creencia de que pueden controlar, manejar la enfermedad permitiéndose algunas licencias, trasgrediendo la abstinencia. Echeburúa(1999) señala dos conceptos importantes en las conductas adictivas, uno es el de caída, que es un episodio descontrolado aislado, un desliz, que tiene lugar cuando no se identifican ciertas situaciones de riesgo o no se aplican estrategias de afrontamiento adecuadas, además de falta de motivación. En cambio, una recaída es una vuelta a la conducta de descontrol, donde la persona se siente incapaz de controlar la conducta y se necesita de ayuda terapéutica.

La actuación terapéutica en lo grupos apunta a desarrollar diferentes habilidades para impedir la recaída o interrumpirla. Por lo que uno de los criterios de recuperación fundamental es el cambio del estilo de vida del paciente, que se sustituyan lo hábitos adictivos arraigados por otros más sanos, que se encuentren formas nuevas de afrontar estresores cotidianos. El aprendizaje de un modo de vida sin adicciones es clave para facilitar la recuperación. Tal es el caso de un paciente que comenta en un grupo, que cada vez que tenía que afrontar situaciones nuevas, desafíos se elevaba su ansiedad y perdía el control, comía en exceso para aliviar la tensión que estas situaciones le generaban, explica que ahora, ante nuevas situaciones, aprendió a otorgarle la importancia que se merecen, si está muy ansioso trata de calmarse con respiración o sale a caminar en vez de elegir comer.

Una de las nutricionistas relata que en la obesidad hay recuperación, pero no curación, ya que explica que las adicciones no se curan, se controlan .Se debe trabajar sobre la aceptación de la cronicidad, los pacientes se deben ocupar, deben saber que existe cierta tendencia o vulnerabilidad que estará presente siempre, en palabras de la profesional “Los pacientes tienen que trabajar con la aceptación, si yo no acepto que tengo esta debilidad, difícilmente haga lo que tengo que hacer, porque voy a estar siempre en lucha de porqué a mí”. Como manifiesta Cormillot (2004) la persona obesa padece de una enfermedad crónica, en coincidencia con Ravenna (2004), y si bien ésta no tiene cura, es posible alcanzar una recuperación perdurable, siempre que se sostenga en el tiempo un estilo de vida donde aprenda nuevas conductas y formas de disfrute 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 nuevos intereses y mejorar su red social.

Los profesionales insisten en que se puede trabajar en la recuperación y tener señales de alerta sin

necesidad de subir nuevamente de peso. Dentro de los grupos de descenso, se escucha algunos pacientes que se encuentran en mantenimiento como es el caso de un paciente, que tiene 15 años de mantenimiento y comenta que cada tanto va a los grupos de descenso para reforzar algunos aprendizajes y tener presente que él fue uno de ellos, refiere que esa es la forma que encuentra de estar alerta y tomar conciencia de la enfermedad. Otro paciente relata que bajo 60 kilos, y en el último tiempo subió 10, por eso retoma el tratamiento en la clínica “no quiero perder lo que logré, tengo que seguir trabajando y entrenando la conducta, venir acá me ayuda a poner foco”. Esto da cuenta de que parte de la recuperación conlleva a que los pacientes se den cuenta cuando están más vulnerables y se sienten frágiles pero en lugar de comer, eligen pedir ayuda. La independencia absoluta es una ilusión, el retorno no implica siempre caída, por el contrario, significa que se pueden detectar señales de alarma y frenar el desborde a tiempo (Ravenna, 2006). La etapa de mantenimiento dentro de la clínica, es parte de una fase de recuperación de la obesidad, donde ya no se trabaja el descenso de peso, sino la adecuación a un nuevo estilo de vida, a un nuevo cuerpo, una nueva imagen que implica la delgadez. Se trabaja sobre la continuidad con el peso alcanzado. Los espacios de mantenimiento son encuentros de reflexión y ejercitación de la constancia, donde se entrena la atención constante y el abandono de los mecanismos impulsivos y automáticos. La idea del mantenimiento apunta al sostenimiento de los nuevos hábitos en el tiempo. En palabras de un profesional “el mantenimiento es la llave para construir la historia del flaco” parte del trabajo de este periodo es el recordar las conductas de desborde y adictivas para no repetir las. Según Ravenna (2006), el mantenimiento permite asilar momentos de desborde e impedir que la vida sea un desborde en su totalidad” En los grupos de mantenimiento los temas en los cuales se trabaja son el entrenamiento de la paciencia, la capacidad de disfrutar, la tolerancia, la estabilidad, el humor entre otras herramientas.

Es importante ver como muchos pacientes, luego de varios años de mantenimiento, dan cuenta de los cambios que fueron realizando en su vida cotidiana, en palabras de un paciente “ desde que me recuperé y llegué a mantenimiento, entreno todos los días, corro maratones, esto era improbable antes, yo era de aquellas personas que no podía ni correr el colectivo” Otra paciente cuenta que hace 12 años asiste a la clínica, porque trata de no perder contacto, de refrescar continuamente todo lo aprendido “ yo sé que tengo que estar cerca, necesito poder conectarme con esto, si lo dejo de lado y no me ocupo, los kilos vuelven” otro paciente relata “ Vengo a reforzar, los testimonios de mucha gente nueva hace que sepa que tengo que seguir en este camino y no irme ante cualquier simpleza, escuchar me hace bien”

Para lograr una recuperación desde la clínica se trabaja en tres áreas principalmente, la nutricional, la conductual y la actividad física. Que se implemente de forma simultánea es clave para el adelgazamiento exitoso, pero sobre todo para la incorporación de hábitos saludables, el trabajo será mantener estas modificaciones a lo largo de tiempo.

Los profesionales consideran que la recuperación de esta enfermedad y la posibilidad de lograr estabilidad a lo largo del tiempo, aumentan el grado de autoconocimiento y autoconfianza del paciente, promoviendo así conductas sociales y recursos psicológicos más saludables y adaptativos. La recuperación total, es decir, la desaparición por la avidez de la conducta inadecuada, se produce cuando el sujeto se expone a los indicios de riesgo de forma progresiva y regular y es capaz de resistirse a ellos sin adoptar conductas de escape. El paciente adquiere confianza en su capacidad de autocontrol ante las diversas situaciones cotidianas (Echeberrua, 1999).

En palabras del director de la clínica “el adelgazamiento es el efecto de la recuperación de la adicción. No se trata de estar flacos o gordos, sino de revincularnos de otra manera con las sustancias y con las personas, empezando por uno mismo, una recuperación en la que el adelgazamiento, es un elemento más, ya que el objetivo principal es mejorar la calidad de vida”.

6. CONCLUSIONES

6.1 Resumen del desarrollo

Los objetivos de este trabajo se orientaron a describir la mirada de los profesionales en una institución que trabaja con obesidad, se indagaron las intervenciones realizadas para modificar la conducta adictiva y los criterios de recuperación. Se pudo comprender que en el desarrollo de la obesidad intervienen una multiplicidad de factores, a su vez fue importante entender que en la institución la obesidad es abordada

como una consecuencia de la adicción a la comida, y que se trabaja principalmente el vínculo adictivo con la comida; un vínculo nocivo que se utiliza muchas veces como fuga, como alivio o búsqueda de placer inmediato. Como establece Ravenna (2004) el vínculo adictivo con la comida implica un comer excesivo y atrapante, incontrolable, por lo que considera a la obesidad como una consecuencia de la adicción a la comida.

Al describir las diferentes intervenciones para modificar las conductas adictivas, se puede ver que los profesionales orientan sus acciones en comunicar el método de corte, medida y distancia. Además buscan que los pacientes puedan focalizar la atención en el tratamiento, generar redes de contención, estar motivados, modificar hábitos, incorporar conceptos de orden y la planificación, incrementar el autocontrol, generar nuevos proyectos, nuevas formas de obtener placer y aprender a respetar los límites. Como señala Zukerfeld (2011), el tratamiento debe ser amplio para poder reemplazar la avidez por la comida por otros objetos suplentes más gratificantes, se deben dar condiciones y técnicas de control y autocontrol.

Para lograr la recuperación, desde la lógica de una adicción, se debe modificar el estilo de vida, incorporar nuevos hábitos, cambiar creencias y encontrar otras formas más saludables de afrontamiento. Como establece Ravenna (2016), para recuperarse de una adicción, frenar una conducta es solo una parte del proceso, hay mucho más por hacer que la supresión de la sustancia o conducta, el cambio necesario debe realizarse sobre el sistema de creencias, los pensamientos, actitudes y el estilo de vida.

Al describir la problemática de obesidad desde una óptica vincular adictiva, como padecimiento crónico, que requiere vigilancia y cuidado permanente, fue posible una mayor comprensión acerca de la importancia de las intervenciones, focalizadas a cambiar el estilo de vida y la manera de relacionarse con la comida. Dando cuenta de cómo se aprenden nuevas formas de afrontamiento y estrategias para el manejo de diferentes situaciones sin recurrir a la comida como respuesta.

6. 2 Limitaciones

El tiempo de observación durante la práctica, no permite ver la continuidad del tratamiento de los pacientes. Sería valioso poder transitar todo el proceso desde que ingresa una paciente en la entrevista de admisión hasta su egreso.

Los datos de los pacientes citados en este trabajo fueron extraídos de las observaciones de los grupos y en las entrevistas con profesionales, ya que no se puede acceder a las historias clínicas.

Hubiese sido de gran aporte asistir a las reuniones y/o supervisiones de los profesionales, como asimismo hubiese sido enriquecedor un intercambio más fluido con los profesionales, ya que en los grupos no existió la posibilidad de realizar preguntas. Quizá esto se facilitaría con una presentación en los grupos y una explicación a los pacientes de cuál es el rol de pasante dentro de la institución.

Sí bien al principio se dificulta el acercamiento a los pacientes, los espacios de comedor permiten que se pueda tener acceso y dialogar de modo más cercano en un ámbito informal.

6. 3 Perspectiva Crítica

El tratamiento desde la mirada adictiva, pone en el mismo lugar a los pacientes con sobrepeso y obesidad, es decir, todos dentro de un entramado adictivo. Sería útil poder ampliar la mirada a otras formas de concebir la obesidad y el sobrepeso. Diferenciado en cada caso particular. Es importante contemplar que en la literatura, el tema de la obesidad como adicción no es muy avalada, siendo particular a la mirada institucional.

El estilo directivo y la forma de intervenir de algunos de los profesionales muchas veces resulta hostil para los pacientes, se pudo observar en los comentarios que realizan los pacientes sobre lo que les generaba, esto a su vez provoca en algunos pacientes miedo a exponerse en los grupos, propiciando una actitud antagonista a lo que se pretende lograr. El estilo confrontativo en ciertos momentos, da la sensación de “reto o sermón” por parte de los profesionales, si bien ellos justifican que esta actitud es debido a que el paciente requiere límites externos, quizá sería más productivo otros modos de construcción del límite.

Otra revisión que sería de gran aporte, es en relación a la motivación y asistencia a los grupos, sería útil correr la mirada de la falta en el paciente, para ver que acciones deben modificarse para lograr mayor

adherencia y compromiso.

Al trabajar la problemática de forma vincular adictiva, es sumamente importante incluir a las familias o personas cercanas de los pacientes, ya las problemáticas adictivas requieren del trabajo del contexto cercano, que muchas veces suele estar afectado por la problemática, o actuando con patrones disfuncionales que colaboran con la mantención de la conducta inadecuada. Trabajar conjuntamente con las familias puede ser de gran aporte y posibilita el entendimiento de la enfermedad de una manera más acabada.

6.4 Aporte personal

La obesidad es una enfermedad compleja, que pone en riesgo la salud y la vida de las personas que la padecen y su entorno cercano. La cronicidad de la problemática implica un tratamiento amplio y permanente. Se debe entender que como enfermedad no es algo voluntario para quien la padece, además no resulta sencillo e individual su abordaje. Por lo cual la asistencia a los grupos dentro del tratamiento es fundamental, ya que los grupos refuerzan el compromiso, propician cambios significativos y funcionan como medio de control y prevención de recaídas.

Trabajar con el vínculo adictivo implica comprender que se requiere un trabajo arduo por parte de los profesionales, para que intervengan de tal forma que se anticipen al descontrol, con pautas e intrusiones claras, precisas de que hacer en situaciones donde prima la inmediatez y la conducta del desborde.

Se requiere reforzar el trabajo profesional en pos de una construcción de una vida sana, benéfica, con sentido por fuera de la comida, para eso resulta importante que los pacientes tengan metas y objetivos trazados que puedan alcanzar durante el tratamiento, más allá de la abstinencia del exceso, esto comprende nuevas formas de relacionarse con ellos mismos y con el mundo que los rodea. El aprendizaje y manejo de emociones resulta primordial.

Es interesante continuar con estudios en futuras investigaciones para comprender en profundidad la vinculación entre adicción y obesidad. No es claro el diagnóstico de la obesidad como adicción, se necesita de consenso dentro de la comunidad médica, ya que las miradas al respecto son contrapuestas. La dificultad en diagnosticar cuando existe conducta adictiva en la obesidad implica en muchos casos poner etiquetas a los pacientes “adictos” que quizá no son las correspondientes.

Se requiere de mayores investigaciones nutricionales, que den cuenta de la veracidad o falsedad de los componentes tóxicos de ciertos alimentos, dado que existe demasiada polarización al respecto.

Así mismo resulta importante el trabajo terapéutico individual, que no tiene demasiado desarrollo en la clínica, privilegiando las dinámicas grupales.

7. Referencias Bibliográficas.

- Aguera Z, Wolz I, Sanchez I, Sauvaget A, Hilker I, Granero R et al. (2016). Adicción a la comida: un constructo controvertido. *Revista Iberoamericana de psicología*, 29 (117) 17-31.
- Alonso Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones (alimento, sexo, compras, televisión, juego, trabajo, internet)*. Madrid: TEA
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. España: Panamericana.
- Amigo Vázquez I, & Fernández Rodríguez C. (2013) El papel del psicólogo clínico en el tratamiento de sobrepeso y la obesidad. *Papeles del psicólogo*. 34 (1), 49-56.
- Arciniaga, S. (2002). Definición y criterios de obesidad. *Nutrición Clínica*. 5(4), 236-240.
- Beck, J & Wright, F. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Bersh, S (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35(4), 537-546.
- Casado, I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B., & Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Revista electrónica de psicología*, 1(1) Recuperado de [http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view File/609/587/](http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/File/609/587/)
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Cormillot, A. (2004). *Como adelgazar y mantenerse*. Argentina: Paidós.
- Cormillot, A. (2005). *Sistema C para Adelgazar*. Buenos Aires: Publiexpress
- Cormillot, A. (2012). *Pasaporte para vivir mejor*. Buenos Aires: Publiexpress
- Cormillot, A. (2015). *Obesidad*. Recuperado el 1 de Junio de 2016, de <http://www.cormillot.com/diccionario/obesidad/>
- Cuevas, A.M., & Reyes M.S. (2005). Lo último en diagnóstico y tratamiento de la Obesidad ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora?. *Revista médica*, 133 (6), 713-722.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Facchini, Mónica. (2004) Cambio de conductas en tratamientos de larga duración. Relación médico-paciente. <http://www.scielo.org.ar/scielo>
- García, E. (2004). ¿Qué es la obesidad? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), 88-90.
- Guía de actuación en situaciones de sobrepeso. (2009). *En dietas de adelgazamiento pierde peso no salud*.
- Katz, M. (2016). Los alimentos: un bien imprescindible. *Actualización en Nutrición*, 17 (2), 33-40.
- Kaufer-Horwitz, M., Tavano-Colaizzi, L., & Ávila-Rosas, H. (2001). Obesidad en el adulto. En E. Casanueva., M. Kaufer-Horwitz., A.B. Pérez-Lizaur., & P. Arroyo (Eds.), *Nutriología médica* (pp349-454). México: Editorial Médica Panamericana.

- Labayen, I., & Martínez, J.A. (2002). *Distribución de macronutrientes de la dieta y regulación del peso y composición corporal: papel de la ingesta lipídica en la obesidad*. Anales del sistema sanitario de Navarra. 25 (1)
- Loria Kohen, V. (2011). Una visión global de los factores que condicionan la ingesta Instrumentos de medida. *Nutrición Hospitalaria*, 4 (2), 14-24.
- Martínez Valls, J. F., Ibañez Guerra, E., Ortega Serrano, J., Sala Palau, C. & Carmena Rodríguez, R. (2002). Tratamiento de la obesidad: dieta, terapia psicológica y de comportamiento, ejercicio físico, tratamiento farmacológico y quirúrgico. *Medicine*. 8 (86), 4642-4650.
- Meule, A. Von Rezori, V & Blechert, J. (2016) Adicción a la comida y bulimia nerviosa. *Revista de toxicomanías*, 76.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Ministerio de salud Presidencia de la Nación. (2016). Boletín de Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo: Nro 8.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 01 de Junio de 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ravenna, M. (2004). *Una delgada línea, entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Ravenna, M. (2006). *La telaraña adictiva*. Buenos Aires: Editorial B.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud, un enfoque conductual*. DF: El manual moderno.
- Pasca, J.A., & Montero, C. (2015). *El corazón del obeso*. Buenos Aires: Intermédica.
- SEEDO (2007). Consenso para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Sociedad española para el estudio de la obesidad. *Revista española de obesidad*. 5(3), 135-175.
- Sobrepeso, obesidad y su relación con los alimentos (2015). Recuperado el 20 de agosto del 2016, www.omint.com.ar
- Soca, P.E., & Niño, A. (2009). Consecuencias de la obesidad. *Acimed*, 20(4).
- Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2008). *El enfoque cognitivo conductual*. Recuperado el 17 de junio de 2016, www.saota.org.ar
- Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2013). *La actividad física en el tratamiento de la obesidad: más allá de la reducción del peso corporal*. Recuperado el 25 de agosto de 2016, www.saota.org.ar
- Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2013). *Remarcan el vínculo entre el estrés crónico y el aumento de peso*. Recuperado el 7/09 de septiembre de 2016, www.saota.org.ar

- Tamayo, D & Restrepo, M. (2014) Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 91-112.
- Torresani M, Maffei L, Squillace C, Belén L, Alorda B (2011). Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. *Revista Diaeta*, 29 137
- Vázquez Velázquez, V. (2004). *¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso?* Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 12(4), 136-142.
- Ventriglia I, Chimirri E, Fernández D, Lareu T. (2015). *Manual para entender y tratar la obesidad otra mirada: Consejos para mejorar la calidad de vida*. Buenos Aires: Delhospital ediciones.
- Yalom, I. (2010). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. Madrid: Paidós.
- Zukerfeld, R. (2011). *Psicoterapia en la obesidad*. Buenos Aires: Letra Viva.