

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Fortalecimiento de la imagen corporal en pacientes
que realizan un tratamiento de reducción
y mantenimiento de peso

Autor: Baigún Flavia Judith

Profesora tutora: Vanesa Góngora

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	2
2.1. Objetivo General	2
2.2. Objetivos específicos	2
3. Marco Teórico	3
3.1. Obesidad.....	3
3.1.1. Definición y características	3
3.1.2. Etiología	4
3.1.3. Impacto sobre la salud	6
3.1.4. Tratamientos. Distintas formas de abordar la enfermedad	8
3.2. Imagen corporal y sus alteraciones	11
3.2.1. Definiciones.....	11
3.2.2. Factores de riesgo asociados con las alteraciones de la imagen corporal	14
3.2.3. Alteraciones de la imagen corporal y variables psicológicas	16
3.3. Imagen corporal y obesidad	17
3.3.1. Importancia de la imagen corporal en la obesidad	17
3.3.2. Estrategias de intervención sobre la imagen corporal	20
4. Metodología.....	25
4.1. Tipo de estudio:	25
4.2. Participantes:	25
4.3. Instrumentos:.....	26
4.4. Procedimiento:	26
5. DESARROLLO	27
5.1. Intervenciones en el grupo de descenso	27
5.2. Intervenciones en el grupo de mantenimiento	31
5.3. Intervenciones en el taller de imagen corporal	38
6. Conclusiones	44
7. Referencias bibliográficas.....	48

1. Introducción

El presente trabajo tiene por objetivo dar cuenta de la práctica profesional realizada en un centro terapéutico de esta ciudad, dedicado al tratamiento del sobrepeso, la obesidad y otros desórdenes de la conducta alimentaria.

Esta institución tiene como objetivo primordial la modificación de hábitos perjudiciales relacionados con la comida, a partir de la toma de conciencia respecto de límites y excesos. Se trabaja de manera interdisciplinaria con un equipo formado por psicólogos, nutricionistas, profesores de educación física y médicos para la recuperación del paciente. Como parte del tratamiento se brindan planes nutricionales, educación alimentaria, terapias individuales y/o grupales y actividad física adaptada.

La Práctica profesional tuvo una duración de 280 horas, con un promedio aproximado de 15 hs. semanales, en las cuales se observó el trabajo dentro de los grupos terapéuticos de adultos (tanto de descenso, como de mantenimiento) y en el taller de imagen corporal, este último de asistencia opcional para los pacientes.

La idea de orientar el trabajo de integración final hacia las cuestiones relacionadas con la imagen corporal de los pacientes obesos en tratamiento, surgió a partir de conocer que existía en el centro un taller optativo dedicado al trabajo sobre ella. Por otra parte, el tema elegido se vincula de manera directa con la práctica de los profesionales en la institución en la que tuvo lugar la pasantía, ya que la imagen corporal es una de las cuestiones que toma gran relevancia en el tratamiento de la obesidad.

2. Objetivos

21. Objetivo General

Describir las intervenciones realizadas a través de distintas propuestas terapéuticas que ofrece un centro especializado en el tratamiento de la obesidad, en relación con el fortalecimiento de la imagen corporal de los pacientes.

22. Objetivos específicos

Describir las intervenciones de la coordinadora (psicóloga) en los grupos terapéuticos de descenso de peso en relación con el fortalecimiento de la imagen corporal.

Describir las intervenciones de la coordinadora (médica nutricionista) en los grupos terapéuticos de mantenimiento de peso en relación con el fortalecimiento de la imagen corporal.

Describir las intervenciones de la coordinadora (psicóloga) en el taller de imagen corporal en relación con el fortalecimiento de la imagen corporal.

3. Marco Teórico

3.1. Obesidad

3.1.1. Definición y características

La Organización Mundial de la Salud -OMS- (2016) define el sobrepeso y la obesidad como el resultado de una acumulación excesiva de grasa corporal que tiene múltiples consecuencias negativas para la salud. La causa inmediata de esta acumulación es la incorporación de una cantidad de calorías superior a la que se consume a través del gasto que implica la actividad corporal. Este desequilibrio se explica en función de diversos factores: fisiológicos, genéticos, culturales, psicológicos, lo que hace que la obesidad sea una enfermedad compleja y con múltiples causas. Para determinar que una persona presenta sobrepeso u obesidad el método más utilizado es la determinación del *índice de masa corporal* (IMC). Este índice se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su altura en metros. Se considera con sobrepeso a un sujeto con un IMC entre 25 y 29,9 Kg/m². IMC mayores o iguales a 30 indican obesidad, dentro de la cual pueden distinguirse tres grados según el valor de este indicador: obesidad tipo I (IMC entre 30 y 34,9), tipo II (entre 35 y 39,9) y tipo III o mórbida (IMC de 40 o superior).

A pesar de la extensión del uso del IMC para determinar la presencia de sobrepeso y obesidad no se trata de un indicador universal, ya que la relación entre la cantidad de tejido adiposo y el IMC no es perfecta, variando con el grupo étnico, la edad y el sexo (Vázquez Martínez, 1999). De cualquier manera es el indicador más práctico y efectivo, y ofrece además la ventaja de estar asociado con los marcadores de enfermedades relacionadas con la obesidad, como la hipertensión arterial, dislipidemia, hiperinsulinemia (Sarmiento Quintero et al, 2016).

En un informe del Ministerio de Salud de la Nación (2016) se destacó a la obesidad como uno de los principales problemas de salud pública, según lo reflejan las estadísticas. Y, en línea con las directivas de la Organización Mundial de la Salud, se la incluye entre las enfermedades crónicas no transmisibles, es decir aquellas que se caracterizan por ser de larga duración y evolucionar lentamente. A nivel mundial, este tipo de enfermedades se está convirtiendo en uno de los temas más importantes de salud de la población, fundamentalmente debido a su envejecimiento y al impacto de los factores culturales que

determinan un estilo de vida marcado por un mayor sedentarismo y una mala alimentación.

Partiendo de la definición de la obesidad como una tendencia biológicamente determinada a experimentar un desequilibrio entre las calorías ingeridas y las que se gastan en la actividad que una persona desarrolla en su vida diaria, Cormillot (2008) considera que el aumento de la prevalencia de este fenómeno se debe principalmente a las características de la sociedad actual, en la cual la mayoría de las personas no tiene necesidad de desarrollar actividades físicas que les permitirían utilizar toda la energía provista por los alimentos, al mismo tiempo que la alimentación ha cambiado para imponer un mayor consumo de carbohidratos en diversas formas, como ya se ha señalado.

En este sentido, la evidencia científica respalda la asociación entre el aumento de peso corporal y el consumo de productos ultraprocesados, la ingesta habitual de bebidas azucaradas y productos con alto valor calórico y bajo aporte de nutrientes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016).

En un estudio acerca del impacto de la venta de alimentos procesados y bebidas azucaradas sobre el sobrepeso y la obesidad, se halló una asociación positiva entre el aumento de ventas de este tipo de productos y la prevalencia de obesidad de la población ($R^2 = .76$, $p < .001$). Aquellos países de la región en los cuales la venta de este tipo de productos es más importante son los que presentan un mayor porcentaje de población con problemas de sobrepeso y obesidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015).

Esto confirma la caracterización de *obesogénicos* otorgada por la Organización Mundial de la Salud a este tipo de alimentos, que aportan elevadas cantidades de grasas y azúcar en comparación con el resto de nutrientes (OMS, 2003).

Los niños y adolescentes son un sector de la población particularmente vulnerable frente a la obesidad. La prevalencia en este grupo ha aumentado notablemente en las últimas décadas y las consecuencias para la salud son graves, incluyendo la aparición temprana de enfermedades metabólicas, diabetes tipo II e hipertensión, que tendrán un impacto negativo sobre la salud en la etapa adulta (Liria, 2012).

3.1.2. Etiología

En un informe del Ministerio de Salud de la Nación (2016) se sostiene que la obesidad es el resultado de la interacción de diversos factores biológicos, ecológicos-demográficos,

tecnológicos-económicos, sociopolíticos, y culturales. Los primeros tienen que ver con las necesidades del organismo y su capacidad para asimilar los alimentos, lo que constituye la base sobre la cual actúan los otros factores. Los factores ecológico-demográficos refieren a la producción de alimentos en un ámbito determinado, su cantidad y sus características nutricionales. Los factores tecnológicos y económicos, que tienen una importancia fundamental en la sociedad actual, se deben a las formas de producción de los alimentos y sus circuitos de comercialización. Los factores sociopolíticos, expresan las diferencias en cuanto al acceso a los alimentos que tienen distintos grupos y sectores sociales, lo que impacta de manera importante en sus conductas alimentarias. Finalmente, los factores culturales tienen que ver con las representaciones sociales dominantes en un contexto determinado que hacen que se generen pautas culturales de alimentación en los distintos grupos según su género, edad, clase social, ubicación geográfica.

Zukerfeld (2011) enfatiza la importancia de los factores biológicos, afirmando que la obesidad es una enfermedad de origen biológico, con una fuerte carga genética. En este sentido, rescata la caracterización de la obesidad hecha por Cormillot en los '70, quien recurría a la noción de tendencia para diferenciarla del fenómeno que es su manifestación: la gordura. La tendencia reuniría lo que hoy se estudia como condición genética, hormonal y metabólica.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la obesidad es el resultado de la acumulación de lípidos en las células denominadas adipocitos. Todo consumo de grasas y de carbohidratos más allá de lo consumido a través de la actividad basal, termogénica y actividad física desplegada pasará a acumularse como reserva en este tipo de células. Cuando la acumulación es excesiva se produce lo que se conoce como hipertrofia. En el momento en el que la célula alcanza su tamaño máximo, se producirán nuevos adipocitos, generando la hiperplasia que caracteriza a la obesidad. La actividad adrenérgica resulta estimulada, lo que sería clave para el mantenimiento de la obesidad. Los complicados mecanismos de regulación corporales hacen que sea muy difícil revertir el proceso una vez que se ha puesto en marcha (Rodríguez Scull, 2003).

La complejidad del cuadro de la obesidad incluye los factores genéticos que afectan la fisiología de las personas que se ven expuestas a esta enfermedad. En diferentes estudios se ha identificado un gen, que codifica la producción de una proteína denominada leptina, cuya cantidad aumenta con la cantidad de tejido adiposo. Además, los glucocorticoides y la

insulina estimulan la producción de leptina. El problema radica en que la pérdida de masa grasa genera una disminución de leptina que estimula en el hipotálamo la producción del neuropéptido Y, que aumenta la conducta de ingesta, al mismo tiempo que disminuye el gasto energético, la temperatura corporal y la función reproductiva (Socarrás Suarez, Bolet Astoviza & Licea Puig, 2002).

Basándose en revisión bibliográfica y en la experiencia con pacientes obesos, ya Hamburger (1951, como se citó en Zukerfeld, 2011) había sugerido que la sobrealimentación que conduce a la obesidad podía ser el resultado de distintos factores: una respuesta a tensiones emocionales, una gratificación sustitutiva frente a situaciones intolerables, una manifestación sintomática de trastornos mentales como la depresión, y el resultado de una adicción a la comida.

Justamente, Ravenna (2006) considera a la obesidad como una forma particular de adicción, que se explica por la relación que una persona tiene con la comida, a la que define como tóxica. El obeso es alguien que se ha rendido, que se ha entregado al influjo de esa relación anormal con los alimentos, desarrollando conductas compulsivas que hacen que no pueda cambiar esa relación por su propia voluntad, aun cuando sea consciente de los efectos negativos que tiene para su salud.

Para explicar esta forma de relacionarse con la comida, resulta fundamental el papel que los medios masivos de comunicación cumplen al promocionar alimentos ricos en azúcar, grasas y sal, fomentando al mismo tiempo un consumo que se aleja de las necesidades alimentarias. La cultura de consumo que se genera a partir de esto constituye un entorno tóxico, y es un factor que explica en gran parte la extensión de la obesidad a nivel poblacional. No se trata de una causa directa de la obesidad, pero este entorno crea las condiciones para que las personas que tienen algún tipo de predisposición biológica o un perfil psicológico determinado desarrollen una relación adictiva con la comida. Esta relación es la que hay que modificar para superar el problema de la obesidad, comenzando con una dieta que permita a la persona un descenso de peso que sirva como base para construir una nueva relación (Ravenna, 2006).

3.1.3. Impacto sobre la salud

La Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA, 2010), destaca la multiplicidad de patologías que han incrementado su morbilidad y mortalidad por efecto de la

epidemia de obesidad. El listado presentado incluye enfermedades metabólicas (Diabetes tipo II, síndrome metabólico, hiperuricemia y otras), cardiovasculares, respiratorias, digestivas, de los huesos, reproductivas, cáncer, y también las consecuencias psicológicas y sociales, tales como la comorbilidad con ansiedad, depresión, la baja autoestima y problemas de estigmatización y discriminación que impactan en la calidad de vida de los pacientes.

A partir de sus investigaciones, el Instituto de corazón, pulmones y sangre (NHLBI, 1998), que forma parte de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, ha identificado otras enfermedades cuyo riesgo aumenta ante la presencia de obesidad. Entre ellas se encuentran: Enfermedad coronaria, cáncer (de endometrio, de mama y de colon), dislipidemia (niveles altos de colesterol total o de triglicéridos), accidente cerebrovascular, enfermedades del hígado y de la vesícula, apnea del sueño y problemas respiratorios, artrosis (la degeneración del cartílago y el hueso subyacente de una articulación), problemas ginecológicos (menstruación anómala, infertilidad).

Además de las consecuencias anteriormente mencionadas, la obesidad puede ocasionar otros efectos adversos en la salud, tales como apnea del sueño, reflujo gastroesofágico, hígado graso y problemas ortopédicos como consecuencia del peso excesivo respecto de la estructura ósea. Como fue en parte también mencionado, la obesidad aumenta el riesgo de padecer cáncer de diversos tipos, como leucemia, cáncer de mama, de vesícula biliar, páncreas, próstata, colon, esófago, ovario, endometrio y células renales (Barrera Cruz et al., 2013).

Por otra parte, la obesidad tiene consecuencias psicológicas para quienes la padecen, y en los casos de obesidad mórbida pueden ser graves, llegando a desarrollarse trastornos como depresión mayor, ansiedad, agorafobia y otros tipos de fobia. Algunas de estas consecuencias se deben al seguimiento de dietas restrictivas sin control adecuado, lo que puede generar nerviosismo, irritabilidad y angustia. La relación entre trastornos emocionales y obesidad es, sin embargo, compleja. En el caso de ansiedad y depresión, puede considerarse la existencia de una relación bidireccional: mientras que ambas pueden verse incrementadas como consecuencia de la enfermedad, al mismo tiempo pueden alterar la conducta alimentaria y llevar a hábitos que favorecen el aumento de peso (Guzmán Saldaña, Del Castillo & García, 2009).

Schwartz & Brownell (2004) sostienen que el impacto psicológico de la obesidad se explica tanto por procesos fisiológicos como sociales. Los primeros son menos conocidos,

aunque en los últimos años se han identificado cambios en los neurotransmisores que afectan el estado de ánimo, así como una relación entre la ingesta descontrolada y la producción de cortisol, llamada la hormona del estrés. Los factores sociales son mejor conocidos, y están marcados por una valoración negativa de las personas obesas, que deriva en estigmatización y discriminación. A partir de suponer que el estado de gordura del obeso está bajo su control se justifica la culpabilización y estigmatización de la persona como alguien con una voluntad débil, perezoso, emocionalmente inestable y en cierto sentido no digno de confianza.

En el plano de la subjetividad, la forma de relacionarse con el cuerpo es un factor de central importancia para las complicaciones psicológicas derivadas de la obesidad. La preocupación por el cuerpo es constante en muchas personas obesas, especialmente la que les genera el temor a no poder adelgazar aunque se lo propongan. En este contexto los tratamientos restrictivos, que no contemplan las necesidades y recursos emocionales del paciente, aumentan la distorsión de la percepción del hambre al imponer un ideal de restricción calórica. La relación con la comida queda enmarcada en el cumplimiento de la dieta restrictiva y sometida al control de un Superyó severo que prohíbe y castiga cuando no se cumple con esa prohibición (Panzitta, 2010).

En un estudio epidemiológico llevado a cabo en 2008 con una muestra de más de 140,000 sujetos, se halló una alta prevalencia de trastornos del ánimo, ansiedad y consumo de alcohol y otras sustancias entre personas obesas en comparación con población general (Baile & González, 2011).

3.1.4. Tratamientos. Distintas formas de abordar la enfermedad

Actualmente, existe consenso en la comunidad científica respecto a que el tratamiento más adecuado debe incluir el apoyo nutricional, médico, psicológico y actividad física, entre otros. Se han evaluado los resultados de diferentes tratamientos para la obesidad, entre los cuales se pueden citar: plan alimentario equilibrado y regular, ejercicio físico, técnicas de modificación de la conducta, farmacoterapia, y cirugía bariátrica (Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios [SAOTA], 2010).

La cirugía bariátrica resulta una práctica medianamente efectiva en los casos de obesidad de tipo II y III, cuando es indicada de manera adecuada, a pesar de no ser 100% efectiva y presentar complicaciones, incluyendo la recuperación de peso. Se reconoce que la conducta

del paciente post operación es fundamental para la efectividad del tratamiento, por lo que la educación alimentaria, el control nutricional y el acompañamiento psicológico se vuelven la clave para la superación del problema (González Herмосillo-Cornejo, Arreola-Ramírez, Girón-Gidi, Álvarez Hernández & López-Caballero, 2016).

El tratamiento farmacológico en pacientes obesos es una cuestión delicada que debe tomar en cuenta los antecedentes del paciente y los posibles efectos secundarios, así como las interacciones farmacológicas, y las contraindicaciones médicas o psiquiátricas. En la actualidad sólo se considera justificado un tratamiento de este tipo en el contexto de un tratamiento integral, incluyendo dieta, actividad física y terapia psicológica. Aún en este contexto se reserva para el tratamiento de adultos y solo en casos de excepción se puede utilizar en adolescentes (Carrasco et al., 2009).

En una revisión de programas que incluyeran actividad física y dieta para reducir el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes cuyos resultados fueran difundidos en publicaciones científicas (Aguilar Cordero et al, 2014), se encontraron 85 artículos que coincidían en mostrar los beneficios de la actividad física, combinando ejercicios aeróbicos y anaeróbicos, acompañada de una dieta controlada. Además se encontró que en los casos en que se recurrió a la participación familiar para la educación alimentaria los programas resultaron más eficaces.

En nuestro país existen diferentes modos de abordar el tratamiento de la obesidad.

Cormillot (2008) propone una pirámide terapéutica para ordenar las formas de tratamiento. En su base ubica a la conjunción de apoyo profesional y grupos terapéuticos, que son fundamentales cualquiera sea el grado de obesidad del paciente. Los restantes niveles de la pirámide son: la educación terapéutica, orientada a cambiar la forma de alimentación e incorporar hábitos saludables como la actividad física; la medicación, para aquellos casos en que sea necesaria para ayudar a bajar de peso; la internación y la cirugía, para casos de obesidad mórbida.

El método Ravenna (2004) se basa en el corte (terminar con los excesos en la ingesta de alimentos), la medida (aprender a alimentarse con pequeñas porciones, a mantener el talle y a medir también las emociones y las conductas) y la distancia (entre las comidas y con la comida).

Este método toma elementos de la terapia cognitiva conductual, la Terapia Racional Emotiva de Ellis y la Terapia Dialéctica comportamental (DBT). Partiendo de la

caracterización de la obesidad como el resultado de una relación con la comida semejante en muchos aspectos a la que un adicto tiene con el objeto de su adicción, el tratamiento se apoya en el descenso de peso a través de una dieta baja en calorías para trabajar el vínculo adictivo que establece el paciente con la comida, y que es el que lo lleva a un estado de obesidad (Ravenna, 2006).

Desde una perspectiva diferente, Katz (2012) propone un tratamiento sin dietas restrictivas, ni alimentos prohibidos; ya que considera que esto representa una privación del placer de comer que estresa y, en contra de lo que se pretende, aumenta el deseo de lo prohibido. Propone un tratamiento orientado a un cambio hacia un estilo de vida placentero y saludable, mediante el trabajo complementario sobre tres aspectos: la relación con el cuerpo, la relación con la alimentación y la relación con las emociones y el estrés. La meta de un tratamiento de este tipo es garantizar una salud y una calidad de vida sostenibles en el tiempo, respetando la singularidad del paciente y sin obligarlo a renunciar al placer.

En la institución donde se llevó a cabo la práctica profesional se trabaja de manera interdisciplinaria, con un equipo integrado por médicos clínicos, nutricionistas, psicólogos, profesores de educación física. El trabajo comienza teniendo como objetivo la reducción del peso del paciente, destacándose el trabajo dentro de los grupos llamados *de descenso*. Durante esta etapa los aspectos fundamentales a trabajar son el nutricional y el conductual. A través del primero se buscan resultados tangibles en la pérdida de peso, que resulten motivadores para que el paciente modifique sus hábitos. Esta tarea se enfoca exclusivamente a nivel de la conducta, sin avanzar sobre la historia personal de los pacientes y sus motivaciones profundas. Una vez que se ha logrado un peso satisfactorio, se pasa a la etapa *de mantenimiento*, en la que también se realiza trabajo en grupo. Es allí donde se trabaja sobre los problemas psicológicos y en el establecimiento de una nueva imagen corporal, que implique una nueva forma de relación del paciente con su cuerpo.

El abordaje grupal de la obesidad se utiliza en la Argentina desde la década de 1970, con grupos terapéuticos que combinan aspectos operativos, psicoeducativos y de reflexión. Un factor importante de esta forma de abordaje es la homogeneidad de los grupos, es decir la semejanza en cuanto a los problemas que sus integrantes deben enfrentar. Es esperable una relación directa entre la semejanza de la problemática de un grupo y la posibilidad de cambio, en la medida en que desarrollen ciertos factores a partir de ella. La cohesión grupal es uno de ellos, y está asociada a la confianza, que impulsa a los miembros del grupo a mostrarse frente

al resto y a colaborar en la creación de un ambiente protegido para que todos puedan compartir sus experiencias, aún aquellas que en otros contextos los avergonzarían. Esto tiene un gran valor terapéutico, ya que ayuda a aliviar la culpa que muchas veces estas personas sienten, y a cambiar el patrón de conductas orientado al ocultamiento y la negación (Zuckerfeld, 2011).

Además del aspecto nutricional y del trabajo en los grupos se realizan otras actividades que complementan el tratamiento. La actividad física es una de ellas, y está en la línea del consenso, mencionado anteriormente, acerca de la importancia que ésta tiene para el tratamiento de la obesidad.

El trabajo con la imagen corporal de los pacientes que realizan un tratamiento de descenso de peso es un aspecto que debe incluirse dentro del mismo, ya que ella tiene una importante relación con el problema de la obesidad. A pesar de las diferencias y matices en la investigación, puede afirmarse que la obesidad está asociada a la insatisfacción corporal (Schwartz & Brownell, 2004). A su vez, ésta aumenta el riesgo de desarrollar comportamientos no saludables con el objetivo de adelgazar (Raich Escursell, 2008).

Para comprender el fenómeno subjetivo que constituye la insatisfacción corporal es necesario desarrollar un concepto anterior, el de imagen corporal.

32 Imagen corporal y sus alteraciones

3.2.1. Definiciones

En 1935, Schilder definió conceptualmente la imagen corporal como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente. En la formación de esta imagen mental intervienen experiencias subjetivas sensoriales, motoras y psíquicas (Chandler, 2011).

Desde la perspectiva psicoanalítica, la imagen corporal incluye tanto representaciones conscientes como inconscientes del cuerpo en tres registros: forma, contenido y significado. La forma corresponde a la noción tradicional de esquema corporal incluyendo percepciones conscientes de dimensión, postura, movimiento y ubicación en el espacio. El contenido involucra el reconocimiento de las sensaciones intero y propioceptivas, abarcando las necesidades corporales tales como hambre/saciedad, tensión/distensión, dolor/no dolor. El registro del significado corresponde a la noción de cuerpo erógeno e incluye el conjunto de

representaciones inconscientes que sólo son accesibles a través de sus manifestaciones simbólicas (Zuckerfeld, 2011).

Definiciones posteriores incorporaron el aspecto emocional, por lo que la imagen corporal incluiría la representación interna que cada individuo tiene de la forma, contorno y tamaño de su propio cuerpo y el sentimiento que se experimenta en relación a sus características y partes que lo constituyen (Facchini, 1999).

Una definición más amplia de la imagen corporal, incluye los aspectos perceptivos, subjetivos y conductuales (Rosen, Orosan & Reiter, 1995). En esta línea, que considera a la imagen corporal como un concepto psicológico multifacético, Cash (2004) define estos aspectos: el aspecto perceptivo refiere a la imagen que una persona tiene de la forma y tamaño de su cuerpo. El aspecto subjetivo incluye dos modos diferenciados: el subjetivo/cognitivo, que refiere a la atención focalizada en el cuerpo y los pensamientos y autoafirmaciones que la acompañan, y el subjetivo/emocional, que involucra la satisfacción/insatisfacción y otras experiencias emocionales relacionadas con la apariencia externa. Por último, el aspecto conductual incluye las conductas que se desarrollan en relación con la percepción que se tiene del propio cuerpo y la cognición que la acompaña.

La inclusión de este último aspecto en el concepto de imagen corporal es motivo de debate, ya que puede pensarse que es el resultado o la manifestación en la conducta de los otros dos aspectos. Sin embargo, puede aceptarse la entidad que tiene cada uno de los tres aspectos para el análisis de la imagen corporal, aunque se dan de manera concurrente. Incluso se considera que cambios en el aspecto conductual pueden afectar a las dimensiones perceptiva y subjetiva de la imagen corporal (Banfield & McCabe, 2002).

La imagen corporal no es algo estático, sino el resultado de un proceso que se despliega a lo largo de las diferentes etapas de la vida, siguiendo el desarrollo evolutivo. Hacia los 4-5 meses de vida el bebé comienza a diferenciar su propio cuerpo de los objetos externos, en primer lugar sus cuidadores. Al año comienza a caminar, lo que le brinda nuevas posibilidades para conocer su entorno y sus propias capacidades. A partir del control de esfínteres y con el desarrollo de habilidades motoras el niño accede a un nuevo nivel en la relación entre su cuerpo y el ambiente. La integración de los sentidos y el sistema motor permiten que utilice el cuerpo para describirse a sí mismo y vivenciar sus fantasías. En la adolescencia, el cuerpo se convertirá en fuente de identidad y autoestima (Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007).

Justamente por esto en la adolescencia los problemas con la imagen corporal son más preocupantes, ya que por las características de esta etapa vital sus efectos son más profundos y se mantienen durante largos periodos de tiempo (Vaquero-Cristobal, Alacid, Muyor & López Miñarro, 2013). Pero esto corresponde a lo que puede considerarse una imagen corporal disfuncional.

En los casos en que la valoración que una persona hace de sus dimensiones corporales y de su aspecto físico no coincide con las reales puede decirse que presenta una alteración de la imagen corporal (Cash, 2004). Pero esta alteración, que puede darse a nivel perceptual o de la atención prestada al cuerpo, no se traduce inmediatamente en insatisfacción corporal.

Además de la propia complejidad que supone la multidimensionalidad del constructo, la imagen corporal está influida por factores socioculturales y ambientales. Aquí es donde la importancia que se le adjudica a la apariencia física en la sociedad actual y los altos estándares de belleza que se difunden se vuelve un factor de riesgo. La insatisfacción corporal se da cuando una persona acepta esos valores y la idea de cuerpo ideal que se le ofrece, al mismo tiempo que su imagen corporal le dice que está lejos de alcanzarlo (Vaquero-Cristobal et al., 2013).

Salaberria Rodríguez y Cruz (2007) afirman que la relación entre la distorsión de la imagen corporal respecto de la realidad y la insatisfacción con el propio cuerpo no ha sido claramente determinada. Esto significa que no existiría una decisión definitiva entre las dos alternativas posibles: una, que la imagen corporal se distorsiona porque no se está satisfecho con el cuerpo, y la otra que es la alteración de la imagen corporal la causa de la insatisfacción. Sin embargo se inclinan por esta última alternativa, al sugerir que una alteración de la imagen corporal podría derivar en la preocupación excesiva por la apariencia física y la insatisfacción con el cuerpo, provocando malestar e interfiriendo en la vida cotidiana.

En una línea de investigación tendiente a definir esta cuestión, Raich, Torras Clarasó y Mora Giral (1997) pusieron a prueba un modelo en el cual el IMC, la autoestima y la presencia de síntomas psicopatológicos actúan sobre la imagen corporal y, a su vez, los cambios que en ella se producen por la acción de estas variables tienen sus repercusiones en distintos niveles. Uno de ellos es la insatisfacción corporal, como expresión de la alteración de la imagen corporal a nivel de su componente cognitivo-afectivo. En cuanto al componente conductual, el efecto postulado por el modelo es la aparición de conductas evitativas.

Finalmente, la proyección se orienta hacia el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y tendencias dismórficas. Los resultados de la investigación muestran que las tres variables tienen un efecto significativo sobre la imagen corporal, y que ésta resulta ser un buen predictor de la insatisfacción corporal, la exageración de los defectos físicos y la puesta en práctica de conductas evitativas, además de asociarse con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. La insatisfacción corporal aparece así como una manifestación de una alteración de la imagen corporal en sentido negativo, y se asocia con otros problemas entre los que se cuenta la alteración de las conductas alimentarias.

Sin embargo, Mora Giral y Raich Escursell (2004), dos de las responsables de este estudio reconocieron que no todos los casos de insatisfacción con el propio cuerpo derivan en un trastorno de la imagen corporal clínicamente significativo. Se estima que sólo en el 4% de las mujeres y en menos del 1% de los hombres esto sucede (Rosen, Orosan & Reiter, 1995).

La explicación de las causas que determinan una alteración de la imagen corporal en sentido negativo y la insatisfacción con el propio cuerpo no tiene una forma definitiva. Sin embargo, se han identificado un número de factores que aumentarían el riesgo de que esto se produzca.

3.2.2. Factores de riesgo asociados con las alteraciones de la imagen corporal

Según estudios realizados, la insatisfacción con la imagen corporal aumenta con el grado de obesidad. Hill y Williams (1998, como se cita en Schwartz & Brownell, 2004) compararon tres grupos de mujeres obesas con diferentes grados de obesidad observando que la insatisfacción aumentaba desde el grupo con menor IMC hasta el grupo con obesidad mórbida. Sin embargo, esta relación parece no existir en grupos particulares de obesos, tales como aquellos que están haciendo algo para bajar de peso y quienes padecen de un trastorno por atracón (*binge eating disorder*).

Lo señalado respecto de quienes están buscando bajar de peso puede estar relacionado con otro factor que influye sobre la insatisfacción corporal: el momento en el que se encuentra una persona en relación con la evolución de su peso. Con un mismo IMC, las sensaciones de alguien que viene aumentando de peso serán diferentes que las de aquel que está bajando. En un estudio que evaluó la imagen corporal de un grupo de mujeres antes, durante y después de un tratamiento de descenso Wadden y Vogt (1997, como se cita en Schwartz & Brownell, 2004) registraron una mejoría en la imagen corporal después del descenso de peso, y un

ligero empeoramiento ante un aumento después del tratamiento, aunque la imagen corporal de la muestra seguía siendo significativamente más positiva que al comienzo.

El género es considerado otro factor de riesgo para la insatisfacción con la imagen corporal. Las mujeres tienden en mayor medida a describirse como gordas, a pesarse a menudo y a hacer dietas (Furnham, Badmin & Sneade, 2002). Además están por lo general más insatisfechas con su aspecto físico que los hombres (Furnham & Calnan, 1998).

Las diferencias de género parecen haberse agravado con el correr de los años. En un meta análisis sobre los datos de 222 estudios realizados desde la década del 50, Feingold y Mazzella (1998, como se cita en Cash, Morrow, Hrabosky & Perry, 2004) organizaron los datos en cuatro grupos según el año del estudio del que provenían: antes de 1970, en los '70, en los '80, y entre 1990 y 1995. Los resultados de la comparación entre grupos mostraron que las diferencias entre hombres y mujeres aumentaban con el tiempo. En un estudio longitudinal llevado a cabo entre 1983 y 2001 con una muestra de estudiantes de una universidad pública, Cash, Morrow, Hrabosky y Perry (2004) confirmaron estos resultados, encontrando que la ampliación de las diferencias entre ambos sexos se explicaba básicamente por el notable aumento de la insatisfacción con su aspecto físico y la preocupación por el peso entre las mujeres, mientras que estas variables permanecían relativamente estables entre los hombres.

La orientación sexual también es un factor de riesgo, que interviene modificando la influencia del sexo sobre la imagen corporal. Existe evidencia de que los hombres homosexuales presentan mayor insatisfacción corporal, mayor discrepancia entre su imagen real y la ideal, y mayor tendencia a conductas dietarias que los heterosexuales. Entre las mujeres, en cambio no se hallaron diferencias significativas en estas variables (Rothblum, 2002).

En relación con el problema de la obesidad, las personas que tienen grandes fluctuaciones cíclicas en su peso corporal (descensos y recuperación de peso) tienen un mayor riesgo de presentar alteraciones de la imagen corporal, con mayor insatisfacción, baja autoestima y calidad de vida. La experiencia subjetiva de estas personas es más importante como factor predictivo que los cambios objetivos que experimentan en su peso corporal (Schwartz & Brownell, 2004).

Como parte de los factores socioculturales que impactan sobre la imagen corporal, los medios de comunicación aumentan considerablemente el riesgo de alteraciones de la imagen

corporal y de insatisfacción. En un informe elaborado para la Oficina de Igualdad del gobierno británico (Government Equalities Office), Burrowes (2013), analiza 22 meta análisis de investigaciones sobre la imagen corporal, encontrando que muchos estudios se dedican a evaluar el impacto de los medios de comunicación sobre la imagen corporal. Al considerar sus resultados, señala que la difusión masiva de imágenes de mujeres delgadas y hombres musculosos puede reducir la satisfacción con el propio cuerpo, aunque esto no es un efecto generalizado, ya que muchas personas no son afectadas por estos mensajes. El impacto de los medios depende tanto del tipo de imágenes a las que se ve expuesta una persona, como de su grado de satisfacción con el cuerpo, el predominio de imágenes de extrema delgadez, para mujeres, y de hombres muy musculosos, para éstos últimos, tienen un mayor impacto, especialmente cuando la satisfacción con el cuerpo que las personas expuestas tienen es baja.

3.2.3. Alteraciones de la imagen corporal y variables psicológicas

Según Facchini (1999) las alteraciones de la imagen corporal pueden corresponder a uno o más de los aspectos señalados anteriormente por Cash (2004): perceptivo (interoceptivo y exteroceptivo), subjetivo/cognitivo, subjetivo/emocional, y conductual. En el perceptivo exteroceptivo se encuentran la subestimación y la sobreestimación. En el interoceptivo, dificultades para discriminar y o registrar hambre y saciedad, frío y calor, cansancio, dolor y otras dificultades en el registro de la interioridad. En cuanto a lo cognitivo emocional se ve la insatisfacción corporal. En el plano conductual se destacan conductas evitativas, como no querer ir a determinados lugares donde exhibirse en traje de baño, asistir a fiestas, sacarse fotos, mirarse al espejo, ser filmado, realizar actividad física, sexual, comprarse ropa. Además, las conductas de checking tienen que ver con medir reiteradamente alguna variable, por ejemplo pesarse varias veces al día, medirse, mirarse al espejo reiteradamente o compararse con modelos. También se desarrollan rituales y conductas tendientes a disimular algo que les resulte como un defecto aunque no exista realmente como tal.

En una cultura que emite constantemente mensajes en el sentido de que la imagen es todo, se genera la tendencia a aspirar a un ideal físico que muchas veces es imposible de alcanzar. De esta manera algunas personas asumen principios para valorar su propia apariencia que son claves para la significación de la experiencia cotidiana. La internalización de estos estándares puede disminuir la autoestima de una persona, si percibe que su cuerpo no puede cumplir con esos ideales, generando insatisfacción, predisponiéndola para el desarrollo de trastornos

psicológicos como ansiedad y depresión, o de problemas sexuales (Cash, 2002).

En este contexto, la insatisfacción con la apariencia física puede ser más la regla que la excepción. De acuerdo con una encuesta de 1996 realizada en los Estados Unidos, el 56% de las mujeres, y el 43% de los hombres estaban insatisfechos con su apariencia (Sarwer, Thompson & Cash, 2005).

Los problemas con la imagen corporal pueden ir desde una ligera insatisfacción con el propio cuerpo o un sentimiento de no ser atractivo, hasta una preocupación excesiva por la imagen corporal, acompañada por una angustia que afecte el funcionamiento social y la calidad de vida (Rosen, Orosan & Reiter, 1995). Entre las consecuencias que la insatisfacción con la imagen corporal puede tener para una persona pueden mencionarse el aislamiento social, la baja autoestima, los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad (Casillas-Estrella, Montaña-Castrejón, Reyes-Velázquez, Bacardí- Gascón & Jiménez-Cruz, 2006). Con respecto a la autoestima, la percepción de la propia imagen corporal como insatisfactoria y no aceptada, es responsable de una valoración negativa de sí mismo y de la capacidad para desenvolverse en el entorno, que influye y condiciona el nivel de autoestima. En consecuencia, una pobre imagen corporal se asocia con una baja autoestima (Eklund & Bianco, 2000).

La presencia de una baja autoestima es mayor entre las mujeres como consecuencia de una mayor preocupación por la imagen corporal respecto de los hombres, existiendo entre ellas una elevada correlación entre la insatisfacción con la imagen corporal y el peso con el nivel de autoestima (Funrnham, Badmin & Sneade, 2002).

En una revisión de estudios acerca de los efectos de la insatisfacción con la imagen corporal, Brennan, Lalonde y Bain (2010) encontraron artículos que informan sobre una asociación positiva con depresión, baja autoestima, sentimientos de vergüenza, deterioro de la calidad de vida y ansiedad frente a la actividad sexual.

33 Imagen corporal y obesidad

3.3.1. Importancia de la imagen corporal en la obesidad

Mientras que no existe un tipo de personalidad que caracterice a las personas con obesidad, ni se encuentran diferencias significativas en cuanto a la presencia de psicopatologías respecto de los no obesos, sí existen diferencias en cuanto a la imagen

corporal (Stunkard & Wadden, 1992).

El cuerpo del obeso nos habla de la alteración de su imagen corporal a través de su voz, de sus acciones, pero fundamentalmente a través de la forma que toma en él la fantasía. La fantasía de adelgazamiento es lo que, en el obeso, enlaza el deseo de adelgazar y el cuerpo que sostiene ese deseo. Para determinar la existencia de un trastorno de la imagen corporal es necesario comparar la necesidad de adelgazar con el deseo. Cuando existe discrepancia entre ellas, es el deseo de adelgazar para lograr una imagen corporal ideal lo que distorsiona la imagen corporal (Zuckerfeld, 2011).

La obesidad, especialmente en los tipos II y III, implica cambios en el tamaño y la forma corporal. En cuanto a la forma se reconocen dos tipos de obesidad denominados androide y ginecoide o ginoide, debido a que el primero de ellos es el más común entre los hombres y el segundo predomina entre las mujeres. La obesidad androide se caracteriza por la concentración de la acumulación de grasa en la zona abdominal, mientras que en la obesidad ginecoide hay menor concentración de grasa en esa zona y mayor en las caderas, glúteos y muslos (Rosales Ricardo, 2012). Sin embargo, estos cambios corporales no están directamente relacionados con cambios en la imagen corporal. La autopercepción que las personas tienen de su aspecto físico no responde a una percepción objetiva, y esa autopercepción tiene un mayor impacto en la salud mental de las personas que el cambio real en su apariencia (Butters & Cash, 1987).

Una forma de evaluar la autopercepción del cuerpo que se utiliza con pacientes obesos es la escala de Stunkard, que consiste en dos series de 9 figuras numeradas, una correspondiente a cada sexo, ordenadas desde aquella figura que representa un bajo IMC, hasta una que corresponde a obesidad de grado III. Se presenta la serie correspondiente según sexo a la persona y se le pide que seleccione dos figuras: una que considera representa su forma corporal actual, y la otra aquella que desearía tener (Abad Massanet et al., 2012).

En un meta análisis de la primera generación de estudios acerca de la relación entre obesidad e imagen corporal se identificó un tamaño de efecto grande para la asociación entre obesidad y una pobre imagen corporal, a pesar de la heterogeneidad existente en cuanto a imagen corporal entre la población con obesidad (Schwartz & Brownell, 2004). Esto concuerda con Cash (2002), quien sostiene que las personas obesas experimentan una imagen corporal negativa en mayor medida que las delgadas.

En comparación con personas con peso normal, los obesos tienden a sobreestimar o distorsionar su tamaño corporal, están más insatisfechos y preocupados por su apariencia física y son más propensos a evitar situaciones sociales debido a su apariencia. Todo esto indica que los tres componentes de la imagen corporal: perceptivo, cognitivo y conductual, pueden ser más problemáticos para los obesos que para la población general (Rosen, Orosan & Reiter, 1995).

Esta relación entre obesidad e imagen corporal negativa es más marcada en el caso de las mujeres. No es que los hombres no tengan problemas con su imagen corporal, sino que ellos tienden a considerar el sobrepeso como algo no tan importante, y consideran malo el tener un peso bajo. Las mujeres, en cambio, tienden a quejarse por el exceso de peso, especialmente por su muslos, caderas y glúteos (Raich, 2004).

El estudio de Raich, Torras Clarasó y Mora Giral (1997) mencionado antes, al mismo tiempo que verifica el efecto de los cambios en la imagen corporal sobre la insatisfacción corporal, la exageración de los defectos físicos y la aparición de conductas evitativas, sugiere que la relación obesidad e imagen corporal negativa es compleja.

Sarwer y colaboradores (2005), al examinar los resultados de múltiples estudios sobre la relación entre insatisfacción corporal y obesidad, destacan que varios de ellos no hallaron relación entre el grado de insatisfacción y el IMC en mujeres con sobrepeso y obesas. Esto, en realidad, resulta consistente con la teoría sobre la imagen corporal, que establece una relación débil entre la imagen que una persona tiene de su cuerpo y la apariencia real. Los autores hipotetizan la existencia de una especie de umbral a partir del cual la relación entre ambas variables cambia. Dentro de ciertos límites, un aumento de peso está acompañado de un aumento en la insatisfacción corporal, así como un descenso lo está de una mejoría en este aspecto. Superado cierto umbral, el aumento de peso no se reflejaría en la insatisfacción corporal.

Al revisar la literatura existente acerca de la relación entre obesidad e imagen corporal, incluyendo los efectos de los tratamientos para la obesidad sobre ésta, Schwartz y Brownell (2004) encuentran discrepancias en los resultados de los diferentes estudios, por lo que concluyen que esta relación desafía los análisis simples y plantea problemas metodológicos. Igualmente señalan algunas realidades que emergen de la investigación existente. En primer lugar, los mensajes sociales negativos sobre la obesidad son tan fuertes y persistentes que un mínimo nivel de insatisfacción corporal es esperable en quienes la padecen. Por otra parte, los

estudios poblacionales muestran que la insatisfacción corporal acompaña el aumento de peso, aunque en los estudios realizados con muestras clínicas esta relación no parece consistente. Esto se explicaría por la inclusión en estas muestras de sujetos que han superado el umbral que postulan Sarwer y colaboradores (2005), aunque esto es algo que requiere confirmación. Algo sobre lo que sí existe consenso es que las mujeres obesas tienden a tener una imagen corporal negativa.

De acuerdo con estos resultados, y considerando la complejidad que la obesidad plantea como enfermedad, la insatisfacción con la imagen corporal se presenta como un factor que complica su evolución, y amenaza con obstaculizar el tratamiento.

Por otra parte, la regulación de las emociones resulta un factor crucial para el éxito del tratamiento de reducción de peso. La idea de medida, como guía para el cambio, no se aplica sólo a la ingesta de comida, sino también a las emociones y a las conductas derivadas de éstas. Las alteraciones de la imagen corporal aparecen entonces como un elemento condicionante de esta capacidad. Ravenna (2004) opina que para sostener la delgadez, las fotos de gordo deben pasar al recuerdo, estableciendo un presente que conduzca a un futuro, instalando una identidad y una ropa que ya son las propias.

En un estudio orientado a determinar la relación entre insatisfacción corporal y regulación emocional entre estudiantes universitarios, se estableció que aquellos sujetos que presentaban un alto grado de insatisfacción con su cuerpo, también manifestaban una excesiva preocupación por su peso, así como emociones negativas que no podían controlar (Rivarola & Rovella, 2013).

Todo lo anterior sugiere que una imagen corporal positiva es un factor importante para que una persona que realiza un tratamiento de reducción de peso logre adoptar las actitudes adecuadas para responder a los desafíos que trae consigo un proceso de cambio de este tipo, y se mantenga orientada hacia el logro de ese objetivo, así como para que, una vez alcanzado el peso deseado, sea capaz de mantenerse en él (Abad Massanet et al, 2012).

3.3.2. Estrategias de intervención sobre la imagen corporal

Considerando todo lo desarrollado hasta aquí, el trabajo con la imagen corporal de los pacientes que se encuentran en tratamiento de reducción y mantenimiento de peso aparece como una necesidad o, al menos, como un complemento valioso. Sin embargo, Sarwer y

colaboradores (2005) afirmaron que el rol específico que le corresponde al tratamiento de la imagen corporal en los programas de reducción de peso, aún no ha sido claramente establecido. Según estos investigadores, en algunos estudios se reporta un mejoramiento de la imagen corporal asociado con la pérdida de peso, mientras que otros informan mejoras que no implican reducción de peso.

Uno de estos estudios evaluó la satisfacción con la imagen corporal de un grupo de mujeres obesas antes, durante y después de un tratamiento de 48 semanas. A las 24 semanas se registró un aumento significativo de la satisfacción con la imagen corporal junto con una reducción de peso, pero a las 48 semanas, ligeros aumentos de peso se correspondieron con un empeoramiento de la imagen corporal, aunque aún la insatisfacción registrada seguía siendo significativamente menor que al comienzo del tratamiento (Foster, Wadden & Vogt, 1997).

Key y colaboradores (2002) examinaron un conjunto de estudios que informaban sobre distintos tratamientos para trastornos de la conducta alimentaria, y que incluían evaluaciones de la insatisfacción corporal. Encontraron que en muchos casos esta persistía, aún después de un tratamiento exitoso para el trastorno alimentario; lo que aparecía señalado en algunas investigaciones como un predictor de recaídas. Esto plantea la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para las alteraciones de la imagen corporal. Los tratamientos relevados por los investigadores combinaban psicoeducación con técnicas cognitivo-conductuales orientadas a reducir la insatisfacción corporal, la ansiedad por el cuerpo y las conductas evitativas.

En esta línea, Rosen y colaboradores (1995) evaluaron la eficacia de una terapia cognitivo-conductual aplicada a una muestra de sujetos con sobrepeso que presentaban una imagen corporal negativa, comparándola con un grupo control sin tratamiento. El tratamiento se implementó en grupos de cinco pacientes, con sesiones semanales de dos horas de duración. Esto coincide con lo señalado por Mora Giral & Raich Escursell (2004) en una revisión de estudios acerca de intervenciones sobre alteraciones de la imagen corporal con base en el paradigma cognitivo conductual, donde encontraron que la mayoría de ellas se realizaron en formato grupal. Los componentes terapéuticos incluidos en la mayoría de ellos eran: información sobre la imagen corporal y sus alteraciones, desensibilización sistemática en la imaginación de áreas de la apariencia que generan malestar, y desensibilización sistemática en vivo, frente a un espejo. En general, incluyen también alguna modalidad de

reestructuración cognitiva, enfocada a aquellas cogniciones desadaptadas vinculadas con un aspecto en particular o con la apariencia en general.

Los resultados del estudio de Rosen y colaboradores (1995) corroboraron la hipótesis de que el tratamiento mejora la imagen corporal y el ajuste psicológico, independientemente de la reducción de peso y el cambio de hábitos de ingesta. Considerándolo un buen ejemplo de tratamiento específico para el fortalecimiento de la imagen corporal se sintetiza a continuación la descripción hecha por los investigadores.

La primera sesión se dedicó a presentar el concepto de imagen corporal en sus tres dimensiones: perceptual, cognitiva y conductual, así como los aspectos sociales de vivir con sobrepeso en una sociedad tan preocupada por la imagen. Luego, los pacientes fueron invitados a reflexionar sobre el impacto que habían tenido sus esfuerzos por perder peso en su imagen corporal, llegando a la conclusión de que los cambios en el aspecto físico no siempre llevan a una mejoría en la imagen corporal. En la segunda sesión se trabajó para que los pacientes identificaran en su pensamiento afirmaciones negativas sobre su aspecto físico, consecuencias negativas que esperaban de esas valoraciones (por ejemplo, nunca me casaré), y en su comportamiento conductas evitativas y de control. Al finalizar se les explicó que todos esos factores eran responsables de su imagen corporal negativa y que serían el foco del tratamiento. Durante las sesiones siguientes se trabajó para enseñar a los sujetos a controlar el estrés que les producía la exposición de su cuerpo con la ayuda de técnicas de relajación, recurriendo a descripciones objetivas del cuerpo de los otros participantes. También se recurrió a la práctica de reestructuración cognitiva enfocándose en las creencias acerca de su apariencia física para evaluar evidencias a favor y en contra de ellas y construir creencias alternativas más positivas. Sobre el final se avanzó en la exposición del cuerpo, indicando tareas que implicaban enfrentar situaciones antes temidas y evitadas, tales como vestir ropa más ajustada y a la moda, comer en público, ejercitarse en público con ropas deportivas.

Años después el creador de este tratamiento realizó un estudio experimental para verificar su eficacia en el marco de un tratamiento de control de peso (Ramirez & Rosen, 2001). Una muestra de 65 sujetos obesos de ambos sexos fue dividida al azar en dos grupos, uno de los cuales siguió un programa de control de peso, y el restante el mismo programa más el tratamiento cognitivo-conductual para la imagen corporal. En esta oportunidad los resultados no se dieron de acuerdo a lo esperado, revelando la complejidad de la imagen corporal. En ambos grupos se obtuvieron mejoras significativas de la imagen corporal en las mediciones

post tratamiento y después de un año, sin diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las mediciones. Cabe aclarar que el programa de control de peso también estaba basado en los principios y métodos de la terapia cognitivo-conductual, lo que lleva a los investigadores a concluir que, si bien el tratamiento focalizado en la imagen corporal resulta efectivo, también lo es un programa cognitivo-conductual para el control del peso.

Respecto de esto último el fortalecimiento de la autoestima puede ser un medio efectivo para mejorar la imagen corporal. O'Dea y Abraham (2000), implementaron un programa con una muestra de estudiantes secundarios asignados a un grupo experimental y un grupo control. Los resultados mostraron una mejora significativa en la satisfacción con la imagen corporal del grupo intervenido, así como en la valoración de la apariencia física y las conductas relacionadas con el control y pérdida de peso.

Facchini (1999), presenta distintas estrategias para mejorar la imagen corporal. Estas pueden ser generales como brindar información (psicoeducación), realizar actividad física consciente con el propósito de conectarse con el cuerpo y lograr sentimientos de eficacia, o bien estrategias específicas. Estas últimas las divide en exteroceptivas y experienciales o interoceptivas. Las exteroceptivas tienen la intención de modificar la distorsión perceptual que se tiene de la forma y tamaño del propio cuerpo, aunque aclara que no necesariamente producen mayor satisfacción. Algunas de las experiencias que señala son: ejercicios con la ropa, masajes, automasajes, ejercicios en el espejo, espejos distorsionadores, trabajar con las medidas, con fotografías y técnicas gráficas, entre otras.

Panzitta (Comunicación personal, 17 de octubre de 2016) considera que la ropa es un elemento a través del cual los pacientes expresan cuál es su imagen corporal. En términos prácticos esto permite trabajar en los casos en que existen alteraciones, como sucede con algunos pacientes que han pasado por una cirugía bariátrica, y que utilizan ropa que no está de acuerdo con su nuevo peso sino que refleja la imagen que ellos tenían. Las intervenciones están orientadas a lograr una transformación en la relación que estas personas tienen con la ropa, construyendo un sentido estético que prepare a los pacientes para relacionarse con el cuerpo que tendrán después del tratamiento, considerando que muchas veces el cuerpo deseado es también un cuerpo temido.

Entre las experienciales o interoceptivas, Facchini (1999) propone ejercicios de relajación y respiratorios, terapia corporal y danzaterapia. También la utilización de distintas técnicas que ayudan a concientizar y explorar las diferentes partes del cuerpo, sus límites, puntos de

apoyo, equilibrio, movimientos, ritmos del organismo, respiración, sensación de lleno y vacío, registro de cansancio y bienestar. Como resultado de estas técnicas se logra una conexión placentera con el propio cuerpo que no tiene que ver con la apariencia estética, sino con disfrutar del mismo como fuente de placer.

La danzaterapia puede ser utilizada como recurso terapéutico ante trastornos de la imagen corporal. Su valor no se reduce a los beneficios directos sobre el cuerpo, sino que es un medio de expresión de emociones y recuerdos reprimidos, en algunos casos correspondientes a escenas infantiles traumáticas, al mismo tiempo que permite la elaboración de los conflictos. Además, la danza posibilita la libidinización y erogenización del cuerpo en todos sus aspectos. Los movimientos ofrecen medios para el diagnóstico y la intervención. Conectarse con la música genera una experiencia de placer y alegría en cuerpos que no siempre fueron bien tratados y valorizados a causa de la obesidad (Panzitta, 2009).

Facchini (1999) incluye también terapia por el arte, técnicas gráficas cuya intención es poder unir el adentro con el afuera, reestructuración cognitiva, cambiando las creencias negativas por pensamientos menos autocríticos, modificar el lenguaje corporal, exposición a situaciones para ver las conductas evitativas, y el psicodrama. A nivel social se utilizan técnicas que apuntan a evaluar los criterios de salud y belleza, y el lugar que tienen las publicidades. Se brindan estrategias de afrontamiento para responder frente a estereotipos y prejuicios. La mayoría de estas técnicas se pueden implementar de manera grupal o individual, resultando más efectivas en el primer caso.

Facchini (1999) sugiere esperar hasta que los pacientes hayan comenzado a modificar su conducta alimentaria para avanzar con el trabajo sobre la imagen corporal; y sostiene que para que un tratamiento sea adecuado, debe apuntar a mejorar esta imagen, ayudando a los pacientes a concientizar y a conectarse con sus cuerpos desde el respeto, el amor, el cuidado, la aceptación y autovaloración.

Considerando los diversos modos de abordaje de la imagen corporal reseñados hasta aquí, se presenta un listado de intervenciones que responden a diferentes perspectivas:

- Tratamiento cognitivo conductual (Con información sobre la imagen corporal y sus alteraciones, desensibilización sistemática en la imaginación y desensibilización sistemática en vivo y reestructuración cognitiva).
- Fortalecimiento de la autoestima.
- Actividad física consciente.

- Estrategias de modificación exteroceptivas: ejercicios con la ropa, masajes, automasajes, ejercicios en el espejo, ejercicios con espejos distorsionadores, trabajar con las medidas, con fotografías y técnicas gráficas.
- Estrategias de modificación interoceptivas: Danzaterapia, ejercicios de relajación y respiratorios, y terapia corporal. Técnicas de exploración consciente del cuerpo, para conocer sus límites, puntos de apoyo, equilibrio, movimientos, ritmos del organismo, respiración, sensación de lleno y vacío, registro de cansancio y bienestar.
- Terapia por el arte.
- Psicodrama.
- Ejercitación en estrategias de afrontamiento frente a estereotipos y prejuicios.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio:

Descriptivo.

4.2 Participantes:

Participaron de este trabajo pacientes de los grupos de descenso y de mantenimiento de peso (pilares fundamentales del tratamiento), y del taller de imagen corporal, actividad opcional ofrecida por la institución.

En el grupo de descenso de peso el número de participantes varió en cada encuentro entre 15 y 35 personas, además de los profesionales que coordinaban dicho grupo. Las edades de los participantes oscilaron entre 25 y 70 años, aproximadamente; y la proporción entre mujeres y varones fue de 4:1. La coordinadora del grupo de descenso observado es Licenciada en Psicología recibida en una Universidad Nacional. Se especializó en trastornos de la conducta alimentaria y trabaja en el centro terapéutico hace más de diez años.

En el grupo de mantenimiento de peso el número de participantes varió en cada encuentro entre 15 y 35 personas. Las edades de los participantes oscilaron entre 21 y 70 años, aproximadamente; y la proporción entre mujeres y varones fue de aproximadamente 4:1. La coordinadora del grupo de mantenimiento observado es médica nutricionista recibida en una Universidad Nacional hace más de veinte años. Se capacitó y especializó en nutrición y obesidad, y trabaja en el centro terapéutico hace diez años.

En el taller de imagen corporal el número de participantes varió entre 5 y 10. Las edades de los participantes oscilaron entre 40 y 50 años, aproximadamente; y la proporción de mujeres fue siempre mayor que la de los varones. La coordinadora del taller de imagen corporal es Licenciada en Psicología recibida en una reconocida Universidad Privada hace más de treinta años y bailarina clásica. Se especializó en Palo Alto California y trabaja en el centro terapéutico hace 7 años.

43 Instrumentos:

- Observación no participante. (En los grupos de descenso y mantenimiento de peso, y en el taller de imagen corporal)
- Entrevista semidirigida. Los ejes a indagar en las entrevistas fueron los mismos para los tres profesionales que coordinan los diferentes espacios:
 - Técnicas y actividades utilizadas
 - Objetivos propuestos
 - Respuestas de los pacientes a las intervenciones
 - Beneficios percibidos
 - Intervenciones más eficaces
 -

44 Procedimiento:

La observación no participante de los grupos de descenso de peso se realizó en 20 reuniones, asistiendo tres veces por semana durante una hora y media. Los grupos se disponen en semicírculo en torno de los coordinadores por lo cual se observó desde ese espacio físico compartido con los pacientes, registrando todas las intervenciones.

En el grupo de mantenimiento de peso la observación no participante tuvo lugar durante 20 encuentros, con similares características a las del grupo de descenso.

La observación se realizó en tres talleres de imagen corporal, ofrecidos durante tres sábados en el marco del programa "Vale Clave (control y límites en adelgazamiento veloz)". Este programa se extiende durante todo el fin de semana con un trabajo intensivo que incluye diversas actividades entre las cuales el taller observado es una actividad opcional que tiene una duración de dos horas.

Se realizaron tres entrevistas semidirigidas con los coordinadores de los distintos espacios observados: una a la coordinadora de los grupos de descenso, otra a la coordinadora de los grupos de mantenimiento y la tercera a la psicóloga que coordina el taller de imagen corporal. La entrevista con la coordinadora del grupo de descenso tuvo una duración de 45 minutos, la que se hizo a la médica nutricionista unos 40 minutos, y con la coordinadora del taller de imagen corporal se entrevistó casi una hora.

5. DESARROLLO

La actividad principal tuvo que ver con la observación de grupos: grupos de descenso y mantenimiento de peso, de adultos entre 20 y 70 años aproximadamente. Dichos grupos son abiertos y asisten entre 15 y 40 personas. Están coordinados por profesionales médicos psicólogos y nutricionistas. Cada veintiún días, durante el fin de semana en el marco de un programa llamado “Vale clave” (control y límites en adelgazamiento veloz), además de los grupos terapéuticos de descenso y mantenimiento de peso, se realizó también observación en talleres de imagen corporal coordinados por una psicóloga y bailarina clásica, donde el número de participantes varió entre 5 y 10 en cada uno de los 3 encuentros.

El presente trabajo tiene por objetivo dar cuenta de las intervenciones de las coordinadoras de los tres grupos citados y observados en relación con el fortalecimiento de la imagen corporal de los pacientes.

5.1. Intervenciones en el grupo de descenso

El primer objetivo de este trabajo consiste en describir las intervenciones de la coordinadora (psicóloga) de los grupos terapéuticos de *descenso* de peso en relación con el fortalecimiento de la imagen corporal.

De la entrevista con la coordinadora surge que una de las intervenciones orientadas al fortalecimiento de la imagen corporal consiste en pedirles a los pacientes que se miren al espejo, y luego miren a un compañero del grupo que pesa lo que ellos deberían pesar, y se comparen. La idea con esta actividad es que el paciente pueda, a través de otro, tener una imagen diferente de su tamaño corporal y peso; una imagen acorde a lo que aspira lograr con el tratamiento. Según Facchini (1999), esto es importante, tanto para iniciar el cambio a nivel de la representación del cuerpo, como para modificar los sentimientos que se experimentan en relación a ella.

En una de las reuniones del grupo de descenso se pudo observar esta intervención. Una de las pacientes se mostraba preocupada porque tenía que bajar 30 kilos. La coordinadora le preguntó cuánto pesaba en ese momento y la paciente le respondió: 95 kilos. Dirigiéndose al grupo, la coordinadora preguntó si había alguna mujer que pesara 65 kilos, sin aclarar si se trataba de alguien con una estatura parecida a la de la paciente como para que tuviera un IMC

similar. Una paciente levantó la mano, y entonces las invitó a ambas a pasar al frente y pararse una al lado de la otra frente al espejo. Después de haberse mirado ambas en él, les pidió que giraran y se pusieran frente a frente. Cuando estaban enfrentadas, le dijo a la primera paciente: “Así vas a quedar vos”. Las dos mujeres se abrazaron, y los presentes acompañaron con un aplauso. El efecto que pudo observarse en la paciente luego de esta intervención fue de alivio y bienestar.

Una de las formas en que puede manifestarse la discrepancia entre la percepción subjetiva y la realidad (Cash, 2004) es la que se observa en una paciente que llega al grupo de descenso diciendo que viene por pedido de su marido, aunque que a ella no le molestan sus 15 kilos de sobrepeso. *Vengo porque a mi esposo no le gusta la gente gorda. Yo me miro al espejo, me saco fotos, y no me veo mal.* La coordinadora le señala que es probable que no se vea mal porque no se esté viendo en absoluto; y la explicación de ese no verse se encuentre en que *hay algo que duele. ¿Qué tal si descubris que tu marido tiene razones para decirte lo que te dice?* La paciente se queda unos segundos en silencio, y la psicóloga intenta hacerla reflexionar sobre el verdadero motivo que la llevó a iniciar el tratamiento. *Por algo estás aquí, tal vez, aunque no te des cuenta, sí te importa adelgazar, tal vez cuando decís que te mandó tu marido no estés viendo que venís porque te importa de verdad lo que dice.* Inmediatamente destaca el valor que esto tiene para el éxito del tratamiento, diciéndole a la paciente que para poder bajar de peso tiene que haber algo que la movilice, y haber ido allí, aun sintiéndolo como algo que hace por otro, es un buen comienzo

Podrías sacarte una foto con alguien al lado, alguien que pese lo que vos tendrías que pesar. La foto es más objetiva que el espejo y tal vez ayuda a que te veas mejor.

Cierra su intervención prometiéndole que si persevera en el tratamiento va a empezar a verse de verdad, y a verse bien.

En su modelo explicativo de la insatisfacción corporal, Raich, Torras Clarasó y Mora Giral (1997) encuentran en la autoestima un factor de importancia. En el mismo sentido, O'Dea y Abraham (2000) proponen el fortalecimiento de la autoestima como un medio eficaz para mejorar la imagen corporal. En el grupo de descenso, una de las formas en que se pudo observar el trabajo de la coordinadora sobre la autoestima fue el énfasis en los aspectos personales positivos de los pacientes, en lugar de enfocarse en los negativos. Cuando una paciente manifestó, una vez más, su enojo por la lentitud con la que estaba bajando de peso, la coordinadora le señaló: *vos transmitís todo el tiempo la pelea con vos misma, tenés que*

empezar a amigarte con vos, a valorar lo que lograste. Pensar en los kilos que perdiste, y no en los que te quedan por bajar. De esta manera, se busca que el paciente llegue a valorar sus logros y se sienta con mayor capacidad para alcanzar los objetivos, a partir de percibir que hay cosas que ya ha logrado. En este sentido la coordinadora terminó diciendo: *uno tiende a conservar lo que lo hace feliz, podrá perder cualquier cosa, pero lo que conseguí con mi esfuerzo, no lo quiero perder.* Mientras la coordinadora hablaba, la paciente, que estaba sentada en la punta de la silla, fue cambiando su actitud corporal, yéndose hacia atrás y cambiando su postura por una más relajada. Cuando la intervención terminó con esas palabras sobre lo conseguido con esfuerzo, la paciente esbozó una sonrisa y asintió.

En una de las reuniones del grupo una paciente hizo un comentario relacionado con su compulsión a comer, que la coordinadora interpretó como expresión de un deseo no reconocido. Con alegría la paciente dijo: *Se me fueron las ganas de comer dulce de leche.* La coordinadora preguntó por qué le había pasado eso, y la paciente respondió que era porque se había probado ropa. Este comentario sugería que había tomado nota del cambio que empezaba a producirse en su cuerpo como resultado del tratamiento, algo que se considera un factor esencial en cuanto a la motivación para el cambio (Ravenna, 2006). La coordinadora intervino entonces preguntando: *¿Desapareció el deseo, o apareció otro?* Como aclaración de la intención detrás de esta pregunta agregó: *El deseo de la comida se va a resignificar con el deseo de la ropa que te quieras poner. Más que renunciar a los gustos tienen que pensarlo como descubrir nuevos gustos.*

Esto tuvo como efecto que la paciente reconociera su deseo de adelgazar, aunque inmediatamente mostró su preocupación al decir que le iba a llevar mucho tiempo bajar los diez kilos que le faltaban para llegar al peso deseado. La coordinadora intervino entonces remarcando que esa era una meta alcanzable, y diciéndole que si seguía el tratamiento en tres meses lo lograría. El deseo de adelgazar de los pacientes aparece ligado a fantasías de adelgazamiento (Zukerfeld, 2011) que lo vinculan con la imagen del propio cuerpo y con otros deseos personales. Esto le da una significación al momento que los pacientes están transitando.

La coordinadora se dirige a los participantes para destacarles la importancia de encontrar modos de satisfacción distintos de la comida:

Hay que buscar otros recursos, los recursos nos abren puertas. Hay que buscar otros modos de tramitar la vida, porque comer es una respuesta pobre.

¿Estoy haciendo cambios? La repetición permanente de las mismas conductas no permite la búsqueda de cosas nuevas. Tenemos que proponernos la aparición de nuevas situaciones, abrir otros espacios. Ir a tomar un café con un amigo, hacer un curso de pintura, actuar, bailar y cantar. Aprender a disfrutar de nuestro cuerpo.

Un paciente responde a esta intervención contando a sus compañeros lo maravilloso que es poder bailar tango con 43 kilos menos. Sigue diciendo que siempre había querido bailar el tango, pero que lo había ido postergando en el tiempo, hasta que el agravamiento de su obesidad se convirtió en un obstáculo. Recién después de haber logrado un gran descenso de peso pudo cumplir con ese sueño. Se puede observar aquí de qué manera una actividad que genera satisfacción en los pacientes puede ser un recurso valioso para perseverar en el tratamiento.

De acuerdo con la definición de imagen corporal incluida en el apartado 3.2.1 del marco teórico, que distingue los aspectos perceptivo, subjetivo y conductual (Rosen, Orosan & Reiter, 1995), esta intervención apuntaría a cambios en el tercero de ellos. Banfield & McCabe (2002) sostienen que el comportamiento no es simplemente un reflejo de los otros dos aspectos de la imagen corporal, sino que cada uno de ellos tiene entidad propia, e incluso cambios en el aspecto conductual pueden afectar a las dimensiones perceptiva y subjetiva. Podría pensarse que el cambio conductual que representan las actividades que se proponen pertinentemente en la intervención citada influirían positivamente en el aspecto subjetivo/emocional, que involucra la insatisfacción/satisfacción corporal y otras experiencias relacionadas con la apariencia externa (Cash, 2004).

Las personas que tienen grandes fluctuaciones cíclicas en su peso corporal (grandes descensos y recuperación de peso) tienen un mayor riesgo de presentar alteraciones de la imagen corporal, mayor insatisfacción, baja autoestima y calidad de vida (Schwartz & Brownell, 2004). Esto ilustra el caso de una joven paciente que lleva dos meses en tratamiento pero que ya ha pasado por la institución. En los últimos años ha tenido grandes cambios en su peso corporal con valores extremos por exceso o por déficit. Su peso mínimo llegó a 45 kilos y el máximo a 110. Su vida social se vio seriamente afectada en diversos momentos de su vida y por razones diferentes. Cuando se acercaba a su máximo peso rechazaba las invitaciones a encuentros y salidas porque se sentía profundamente insatisfecha con su imagen y avergonzada, solamente tenía un mínimo contacto con sus amigas más cercanas. Cuando estaba en el otro extremo, es decir cuando su peso era bajo, su aislamiento

se justificaba como forma de evitar la tentación de comer. Rosen, Orosan & Reiter (1995) destacan que las personas obesas están más insatisfechas y preocupadas por su apariencia física, y por ello son más propensos a evitar situaciones sociales debido a su apariencia.

La coordinadora interviene señalando:

Claro, cuando pasan cosas como esa es difícil establecer una imagen del cuerpo. ¿Soy gorda o soy flaca? ¿Mi peso es 50 kilos o 100? La búsqueda de la identidad corporal es un trabajo. Para poder tener una buena imagen corporal hay que construirla.

Al mismo tiempo señala en el relato de la paciente la importancia que tienen las relaciones interpersonales.

El único modo de no quedar encerrada en una relación enferma con la comida es ocuparse de otro tipo de vínculos, no con el objeto comida sino con las personas. Tienen un modo de tramitar las cosas que lo hicieron históricamente con comida, es difícil pero no imposible dismantelar eso. Al mismo tiempo, y para poder ir hacia otras relaciones hay que cortar con las excusas. Cuando un paciente hace las cosas bien encuentra recursos y cuando hace las cosas mal encuentra excusas.

52 Intervenciones en el grupo de mantenimiento

El segundo objetivo específico consiste en describir las intervenciones de la coordinadora (médica nutricionista) de los grupos terapéuticos de *mantenimiento* de peso en relación con el fortalecimiento de la imagen corporal.

De los datos recogidos de la entrevista con la médica nutricionista, surge la diferenciación que hace de los abordajes en los grupos de *descenso* y *mantenimiento*. Manifiesta que si bien el cambio de la conducta del paciente (en relación con la dieta), es importante tanto en el descenso como en el mantenimiento, el foco en el primer grupo está puesto en la búsqueda de un resultado y ese resultado es alcanzar el peso al que tiene que llegar, porque si esto no ocurre: *gordo que no baja...sube*. En cambio en el grupo de *mantenimiento* el objetivo ya no es adelgazar, porque el descenso de peso ya se logró. El foco aquí está puesto en lograr una mejor calidad de vida, en sostener la conducta adquirida, y abrirse a otras áreas de la vida, que no sea la comida, y que les proporcione placer, nuevos

proyectos, asignaturas pendientes, trabajar con la imagen corporal y realizar actividad física. Esto concuerda con el marco teórico en cuanto Facchini (1999) sugiere esperar hasta que los pacientes hayan comenzado a modificar su conducta alimentaria para avanzar con el trabajo sobre la imagen corporal.

El trabajo que se lleva a cabo en el grupo de mantenimiento puede relacionarse con las palabras de un paciente que logró bajar 60 kilos en ocho meses y ahora forma parte de este grupo. Él ofrece una explicación personal de aquello que lo llevó al grado de obesidad que tenía: *Me enojé con mi vida y el cuerpo se me escapó, porque dejé de mirarme*. El cuerpo aparece aquí como algo que debe ser vigilado, porque si no se lo hace se pierde el control, se escapa. Esto se relaciona con la forma en que la coordinadora presenta el trabajo dentro de este grupo a los pacientes: *La obesidad es un trastorno de la conducta, y por eso llegar a mantenimiento no significa haberse curado. En mantenimiento, el foco lo ponemos en sostener la conducta adquirida. (...)*. Esta forma de definir a la obesidad como un trastorno de la conducta tiene como consecuencia práctica la focalización del trabajo en el ajuste del comportamiento de los pacientes a consignas directivas acerca de su forma de relacionarse con la comida. Cabe señalar que las técnicas de modificación de la conducta se encuentran entre los tratamientos exitosos para la obesidad recomendados por la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA, 2010).

Cuando una persona ha pasado buena parte de su vida sumergida en una relación tóxica con la comida (Ravenna, 2006), cumplir con las indicaciones que se le dan en el marco del tratamiento puede ser una tarea difícil de cumplir. Una de las pacientes manifiesta su contrariedad frente al esfuerzo que le exige mantener una vigilancia constante de su conducta alimentaria, diciendo que le va a resultar imposible sostenerlo durante el resto de su vida. La coordinadora le responde con una pregunta retórica:

¿Y bañarte, peinarte, lavarte los dientes, vestirte, no pensás seguir haciéndolo el resto de tu vida?... Bueno, con la forma en que alimentás a tu cuerpo es igual, hay que hacerse cargo. Hacerse cargo es cuidarse, y cuidarse es para siempre, al igual que peinarse y bañarse.

Para lograr un cambio en las conductas alimentarias aparece como necesario un trabajo de afianzamiento del valor del cuidado corporal. Esta forma de enfatizar el cambio es fundamental para superar el problema del obeso, si consideramos con Ravenna (2006) que éste es alguien que se ha rendido, que se ha entregado al influjo de una relación anormal con

los alimentos, desarrollando conductas compulsivas que hacen que no pueda cambiar esa relación por su propia voluntad, aun cuando sea consciente de los efectos negativos que tiene para su salud.

Por otra parte, para lograr el cambio es fundamental que el paciente cuente con el apoyo del grupo. La coordinadora destaca su valor terapéutico diciendo: *El grupo de mantenimiento es un grupo de permanencia, da continuidad, compromiso, y también la pasamos bien*. Una paciente confirma esta afirmación de la coordinadora contando que lleva diez años participando del grupo de mantenimiento porque ahí está contenida y tiene un entorno más favorable que el familiar. Fuera del grupo se siente más ansiosa y las tentaciones son mayores.

Por otra parte, pasarlo bien también puede ser una forma de crear un clima de cohesión grupal que fomente la confianza y la colaboración (Zukerfeld, 2011), en este clima es posible sostener la vigilancia en el cuidado del cuerpo que resulta necesaria para mantener lo logrado durante la etapa de descenso.

Otro de los aspectos importantes del trabajo dentro del grupo de mantenimiento es el reencuentro de los pacientes con un cuerpo que habían dejado atrás cuando comenzaron a engordar. Una paciente que ya superó la etapa de descenso, bajó mucho de peso pero no es capaz de reconocerlo. Dice que dejó de mirarse al espejo hace ya tiempo. La coordinadora interviene aclarándole que eso que le sucede es normal, y le dice que está comprobado que uno vuelve a mirarse al espejo cuando logra el mismo peso que tenía cuando dejó de mirarse. Le explica además que es como si se hubiera quedado grabada en su memoria una foto de la imagen corporal que tenía antes de engordar y que eso tiene que cambiar para que pueda verse con el cuerpo que ahora tiene, y proyectar el que va a tener. Acorde al desarrollo teórico presentado en el punto 3.3.1, una imagen corporal alterada actúa como un elemento condicionante de la capacidad para cambiar. Ravenna (2004) opina que para sostener la delgadez, las fotos de gordo deben pasar al recuerdo, estableciendo un presente que conduzca a un futuro, instalando una identidad y una ropa que ya son las propias.

La dificultad que los pacientes tienen para lograr una imagen corporal acorde con su estado físico real se manifiesta de diferentes formas. Una paciente que bajó 20 kilos en tres meses sigue expresando insatisfacción con su imagen corporal. Se queja porque aún le falta bajar 12 kilos para llegar a su peso deseado y siente que ya no baja tanto de peso aunque haga gimnasia. La coordinadora la alienta diciéndole que no tiene que restarle valor a lo que logró en el grupo de descenso, que los kilos que bajó son más que los que le quedan por bajar, y que es esperable que el descenso de peso se vuelva ahora más lento, no siendo algo que le

ocurre exclusivamente a ella. Esto coincide con lo señalado por Panzitta (2010) acerca del temor que muchos pacientes obesos tienen a no poder adelgazar a pesar de sus esfuerzos, siendo esto una de las formas en que se manifiesta su preocupación constante por el cuerpo.

Acorde al desarrollo teórico presentado en el apartado 3.2.2, el género es considerado un factor de riesgo para la insatisfacción con la imagen corporal. Con mayor frecuencia que los hombres, las mujeres se describen como gordas, se someten a dietas y controlan su peso (Furnham, Badmin & Sneade, 2002), y tienden a estar más insatisfechas con su cuerpo y apariencia física que los hombres (Furnham & Calnan, 1998). En este sentido, la coordinadora del grupo señala en la entrevista que no es casual que la mayoría de los pacientes atendidos sean mujeres, ya que ellas tienden a estar más insatisfechas con su cuerpo y se someten a dietas con la intención de lograr una figura con la que sueñan. Destaca esto como una particularidad del género femenino, por influencia del ideal de belleza y juventud que se impone socialmente, muchas mujeres inician tratamientos para adelgazar con la fantasía de lograr un cuerpo cercano al ideal. La médica encuentra aquí un problema para sostener el cambio de conducta, ya que muchas veces las pacientes descubren que a pesar de haber bajado de peso con gran esfuerzo, no consiguieron la figura deseada y entonces se decepcionan, y su voluntad se debilita.

Un ejemplo de este problema pudo observarse en uno de los encuentros del grupo. Una paciente que durante la etapa de descenso bajó alrededor de 18 kilos anunció que pensaba someterse a cirugía para modelar algunas partes de su cuerpo que se habían modificado drásticamente con la pérdida de peso y ahora le resultaban desagradables y la avergonzaban. La coordinadora le preguntó cuáles eran esas partes, y se dio el siguiente diálogo:

-Los brazos y la panza, le respondió la paciente.

-Te molestaría mucho mostrarnos como quedaron tus brazos.

La paciente se levantó lentamente mientras se descubría los brazos y entonces la coordinadora siguió.

-¿A vos qué te parece?-dirigiéndose a la paciente que estaba sentada a la izquierda. La compañera observó y expresó.

-Eso no es para operar. A la derecha había un hombre, y la siguiente pregunta fue para él.

-¿Podrías darnos la visión masculina?

-Para mí, quedaste genial. Yo en tu lugar estaría feliz porque lograste llegar a tu peso.

Al preguntar a los compañeros de grupo, la coordinadora buscaba contrastar la mirada severa de la paciente con la suya para considerar evidencia contraria a sus creencias

negativas. Esto puede considerarse una intervención cercana a la reestructuración cognitiva propuesta por Rosen y colaboradores (1995) para desarticular las creencias y valoraciones negativas de los pacientes respecto de su apariencia física.

A partir de las intervenciones anteriores la coordinadora se dirigió directamente a la paciente:

-Como viste parece que no es tan desagradable como vos lo ves, y con respecto a la vergüenza, vos acabas de hacer un gran esfuerzo. Ganaste una batalla importante, bajaste casi 20 kilos. ¿Por qué te vas a avergonzar de tus heridas de guerra?

La paciente se mostró emocionada y no pudo responder, entonces la médica siguió:

-Como dijo tu compañero tenés que estar feliz por haber bajado lo que bajaste, pero no podés pensar que porque bajaste 20 kilos vas a tener el cuerpo que tenías a los 20 años. A veces tenemos una imagen ideal que no nos deja valorar lo real. No hay que dejar que lo ideal nos impida lograr lo posible.

En la entrevista la coordinadora señaló que una de las metas más difíciles de alcanzar en esta etapa es justamente el fortalecimiento de la autoestima para que los pacientes acepten el nuevo cuerpo que han logrado, con sus defectos y marcas del pasado vivido. Esto se debe, agrega, a que la propia mirada es muchas veces más cruel que la mirada de los otros. La presencia de una baja autoestima es mayor entre las mujeres como consecuencia de una mayor preocupación por la imagen corporal respecto de los hombres, existiendo entre ellas una elevada correlación entre la insatisfacción con la imagen corporal y el peso con el nivel de autoestima (Funrnham, Badmin & Sneade, 2002).

Factores culturales influyen decisivamente en las diferencias de género en relación con la imagen corporal. Una de las pacientes pone en evidencia las diferencias que existen en cuanto a las exigencias que la sociedad impone a hombres y mujeres respecto de su cuerpo y apariencia física. Con notable indignación llama la atención sobre el valor diferente frente a la sociedad que tendría el haber bajado 15 kilos si se es mujer u hombre. La coordinadora responde:

Es cierto lo que decís. Para nuestra cultura el hombre no tiene tanta presión como la mujer. La mujer viene aquí por la presión que lo social ejerce sobre ella. El hombre acá no viene por cinco kilos de más, viene por salud. En nuestra cultura el hombre con panza levanta, la mujer gorda no. Al hombre se le perdona más el exceso de peso.

Esta percepción de la presión social que reciben las mujeres en cuanto a su imagen corporal puede relacionarse con lo presentado en el apartado 3.2.2 al considerar las

diferencias por género en el grado de insatisfacción corporal. El aumento en un periodo de veinte años de la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso entre las mujeres contrasta con la relativa estabilidad que estas variables muestran entre los hombres (Cash, Morrow, Hrabosky & Perry, 2004).

Otro integrante del grupo, que bajó más de 100 kilos, no reconoció su propia sombra en la cancha de golf. La tomó como la sombra de un compañero de juego, hasta que reaccionó. Cuando el paciente contó esto, la coordinadora del grupo intervino diciendo que esto es un ejemplo de lo que sucede cuando el cambio físico que se produce como resultado de un tratamiento exitoso de descenso de peso no tiene un correlato en la imagen corporal del paciente. Es decir, que la percepción que la persona tiene de su tamaño corporal y peso corresponde al que fue su estado físico durante muchos años, y no al recientemente logrado. Acorde al desarrollo teórico presentado en el punto 3.3.1, podría relacionarse lo observado con lo que sostiene Ravenna (2004) acerca de que la posibilidad de mantener el estado de delgadez alcanzado a través del tratamiento, requiere una transformación identitaria que deje atrás la imagen corporal que la persona tenía hasta ese momento, para encontrar una nueva. Para ello, sería deseable que la representación que el paciente tiene de su cuerpo se modifique, acompañando al cambio físico que se produce durante el tratamiento de reducción de peso.

Otra paciente cuenta que durante la preparación del cumpleaños de 15 de su hija tuvo que buscar fotos para armar un video. Manifiesta haber visto fotos suyas con todos los pesos posibles. La coordinadora le preguntó entonces si había encontrado alguna en donde le gustara como se veía. La paciente identificó una foto de hace ocho años, donde pesaba 60 kilos, siete menos de los que tiene actualmente. La terapeuta utilizó esa imagen para plantearle a la paciente lo cerca que estaba de lograr ese peso. De esta manera logró que, a partir de lo que se presentaba como un comentario nostálgico, se produjera una reformulación de esa imagen, convirtiéndola en un incentivo para lograr el objetivo. Facchini (1999) menciona entre las estrategias de intervención exteroceptivas para mejorar la imagen corporal el trabajo con fotografías. Aunque en este caso no se trató de una actividad planificada, la coordinadora aprovechó la oportunidad que le ofrecía el que la paciente hubiera estado expuesta a todas sus fotos de los últimos quince años para hacer una intervención que le permitiera a la paciente descubrir algo que estaba frente a sus ojos pero no podía ver porque su imagen corporal todavía no se había modificado. La intervención de la coordinadora estuvo orientada a resaltar el valor que estas imágenes tienen para fortalecer el deseo de

adelgazar y, a través de éste, la motivación para continuar esforzándose por cumplir con lo que el tratamiento propone.

Coincidiendo con Zukerfeld (2011) en que la fantasía de adelgazamiento es el lugar privilegiado de manifestación de las alteraciones de la imagen corporal, se incluye el testimonio de una paciente que muestra una particular manera de representar la pérdida de peso obtenida con el tratamiento. En tres meses bajó 45 kilos; y cuando lo cuenta al grupo, mide ese descenso en garrafas (*me saqué de encima tres garrafas*). Considerando la definición de imagen corporal originaria de Schilder como representación mental del propio cuerpo puede pensarse que hay en estas palabras una significación que va más allá de la simple percepción de la realidad corporal, y que involucraría el registro del significado. Este aspecto de la imagen corporal corresponde a la noción de cuerpo erógeno e incluye el conjunto de representaciones inconscientes que sólo son accesibles a través de sus manifestaciones simbólicas (Zukerfeld, 2011). La frase significativa de la paciente podría considerarse como una manifestación de este tipo, que sugiere una fantasía inconsciente de adelgazamiento. Sería interesante profundizar en las significaciones que en relación con esa fantasía hacen que la paciente le dé un sentido propio a la experiencia de haber bajado tantos kilos. Sin embargo, en el momento en que esto surgió no hubo ninguna intervención en este sentido. Puede pensarse que esto se debió justamente al carácter grupal del trabajo, siendo más adecuado trabajar las cuestiones personales en espacios individuales.

En una cultura que emite constantemente mensajes en el sentido de que la imagen es todo, se genera la tendencia a aspirar a un ideal físico que muchas veces es imposible de alcanzar (Cash, 2002). Tres chicas jóvenes que forman parte del grupo contaron en una de las reuniones que habían asistido a un desfile de moda y que al ver a las modelos comentaban entre ellas con envidia el contraste entre el esfuerzo que tenían que hacer para bajar unos kilos y lo perfectas que se veían las modelos. La coordinadora intervino para alertarlas sobre el riesgo de idealizar esa situación y asociar el éxito en la vida con ese tipo de cuerpo:

Ojo chicas, que las modelos no son para envidiar. Son piel y hueso, y eso no tiene nada que ver con la salud. Son un objeto de consumo, víctimas de la cosificación, un producto para vender. Para los diseñadores no son más que una percha donde van a presentar sus diseños, y muchas veces las obligan a tener un peso que les exige hacer dietas muy estrictas aunque no tengan ni un kilo de más, sin tener en cuenta los aspectos médicos, ni el padecimiento al que las exponen.

Aquí es donde la importancia que se le adjudica a la apariencia física en la sociedad actual y los altos estándares de belleza que se difunden se vuelve un factor de riesgo para las

alteraciones en la imagen corporal. La insatisfacción corporal se da cuando una persona acepta esos valores y la idea de cuerpo ideal que se le ofrece, al mismo tiempo que su imagen corporal le dice que está lejos de alcanzarlo (Vaquero-Cristobal et al., 2013). Cuando esto sucede puede disminuir la autoestima de esa persona, generando insatisfacción y predisponiéndola para el desarrollo de trastornos psicológicos como ansiedad y depresión, o de problemas sexuales (Cash, 2002).

53 Intervenciones en el taller de imagen corporal

El tercer objetivo del presente trabajo consiste en describir las intervenciones de la coordinadora del taller de imagen corporal en relación con el fortalecimiento de la imagen corporal de los pacientes.

La observación tuvo lugar en el marco de tres encuentros del taller. La actividad se desarrolló en un salón amplio con espejos de pared de piso a techo en un ámbito tranquilo y distendido.

En el primer encuentro participaron 10 pacientes, de los cuales dos eran hombres, en el segundo se mantuvo la cantidad de hombres pero el total de pacientes fue de ocho. En el último de los talleres observados hubo solamente cinco participantes, todas mujeres.

Hubo quienes manifestaron no haber participado nunca de un taller de este tipo, y la coordinadora aclaró en cada encuentro que no era necesario tener experiencia previa, que justamente éste era un espacio para sentirse relajados, distendidos, sin presiones de ningún tipo; y que la idea era poder conectarnos con nosotros mismos y con nuestro cuerpo, intentando tener una experiencia placentera y personal.

Las actividades desarrolladas en los tres encuentros fueron básicamente las mismas, abriendo con una actividad de relajación y contacto con el cuerpo, continuando con diversos ejercicios específicos para la imagen corporal y cerrando con relajación y verbalización de la experiencia. En el segundo encuentro se agregó una actividad en la cual los pacientes tenían que dibujar el contorno de un compañero sobre un papel madera extendido en el suelo. A continuación se describen las intervenciones llevadas a cabo en estos talleres.

Los tres encuentros comenzaron con la coordinadora pidiendo a los participantes que se descalzaran, se quitaran los abrigos y se pusieran cómodos sentados en círculo en el piso. Luego se presentó y pidió a todos que hicieran lo mismo. Después de esto dio la primera

consigna para una actividad, propuso acostarse con los ojos cerrados, y puso una música suave para comenzar con ejercicios de respiración y relajación muscular. Estos últimos se continuaron con movimientos lentos de cabeza, cuello y hombros, brazos, manos, y dedos, pasando por todas las articulaciones hasta llegar a las rodillas, tobillos y pies, y tomando conciencia del lugar que ocupaba el cuerpo y de sus puntos de apoyo. Al mismo tiempo, la consigna incluía la indicación de ir registrando las distintas sensaciones corporales, focalizando la atención en las partes que generaran molestia, dolor, placer o displacer. Varios de ellos coincidieron en una sensación de novedad al percibir su cuerpo de esa manera.

Esta puede considerarse una forma de intervención orientada al aspecto de la percepción interoceptiva de la imagen corporal (Facchini, 1999). En la entrevista que se le realizó a la coordinadora del taller destacó la importancia de estas experiencias para que los pacientes tomaran contacto con su cuerpo y fueran conscientes de las señales que éste les transmite y que muchas veces no perciben porque su tendencia a desestimarlos se convierte en un estado más o menos permanente de desconocimiento. Además, puede relacionarse el recurso a la música con lo señalado por Panzitta (2009) acerca de los beneficios que aporta al tratamiento de la imagen corporal. Conectarse con la música genera una experiencia de placer y alegría en cuerpos que no siempre fueron bien tratados y valorizados a causa de la obesidad.

Al finalizar el tema musical, la coordinadora pidió a los participantes que se incorporaran y que cada uno manifestara verbalmente lo que había experimentado. Uno de los participantes de sexo masculino fue el primero en hablar y manifestó que había sentido mucha paz, que la música lo había relajado mucho y que pudo conectarse con partes de su cuerpo que, por causa del sobrepeso, no solía registrar. La coordinadora preguntó a qué partes se refería y él respondió que a su espalda, sus omóplatos y tobillos. Otra participante comentó que pudo lograr una buena relajación y que nunca se había acostado en el piso por temor a no poder incorporarse nuevamente a causa de sus 120 kilos. La coordinadora le respondió que la idea del taller es que todos pudieran participar sin importar el sobrepeso que tuviesen, y que si ella veía que alguien necesitaba que lo ayudara inmediatamente lo haría.

Para la segunda actividad se les entregó a cada uno de los participantes una fotocopia con las 9 figuras de Stunkard y cajitas de crayones de varios colores. Esta es una forma de autoevaluación de la imagen corporal que consiste en que la persona elija en una serie de siluetas representativas de personas de ambos sexos con diferentes IMC aquella que considera que coincide con su imagen real (Abad Massanet et al., 2012). En este caso la consigna fue la de sentarse en el suelo y pintar con el color que menos nos agradara la imagen

que considerábamos podía coincidir con nuestra figura corporal actual, y con el color de máxima preferencia colorear la figura que deseáramos llegar a tener. Una vez finalizado esto, la coordinadora desplegó en el piso una fotocopia gigante igual a la que tenían los participantes. Uno a uno fueron pasando y mostrando al resto lo que habían coloreado, señalando en la copia grande la primera figura elegida (cómo se veían actualmente). La mirada objetiva de los otros iba opinando si coincidía o no el tamaño de la figura coloreada con la figura corporal real de los participantes. En general se pudo observar que las figuras elegidas por los participantes no coincidían con la observación de sus compañeros, en la mayoría de los casos había una sobreestimación del tamaño corporal y en otros una subestimación. En comparación con personas con peso normal, los obesos tienden a sobreestimar o distorsionar su tamaño corporal, y esta es una de las razones por las cuales suelen estar más insatisfechos y preocupados por su apariencia física (Rosen, Orosan & Reiter, 1995).

La siguiente actividad tuvo que ver con una exposición en vivo frente al espejo. La consigna fue que al escuchar una música muy movida los participantes caminaran de a dos, dando una vuelta por el salón y deteniéndose frente al espejo. Una vez allí cada uno tenía que observar su cuerpo con gran atención, deteniéndose en cada una de sus partes. La coordinadora iba guiando y sugiriendo que se mirasen de frente, de perfil, de espaldas, deteniéndose a observar las partes del cuerpo que les gustaran y aquellas que no les gustaran y/o les generaran malestar. Mora Giral y Raich Escursell (2004), en su revisión de estudios acerca de intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento de la imagen corporal, encontraron que en la mayoría de ellas se recurría a la desensibilización sistemática, tanto en la imaginación como en vivo. En este último caso se realizan generalmente frente al espejo.

Cuando terminó la música, la coordinadora se acercó a los participantes y los invitó a pensar en cómo sentían la ropa que estaban usando, si les quedaba floja, grande, corta, larga, si la sentían ajustada al cuerpo o si les apretaba, si consideraban que los colores los favorecían. Una de las pacientes usaba un jean que le quedaba visiblemente grande. Al mirarse detenidamente frente al espejo pareció darse cuenta de este hecho y comenzó a observar que le sobraba tela de los costados y que si no hubiese sido por el cinturón que usaba se le caería. Esta participante puede considerarse un ejemplo de aquellos pacientes que utilizan ropa que no está de acuerdo con su peso sino que refleja la imagen corporal que ellos tienen. Panzitta (Comunicación personal, 17 de octubre de 2016) considera que la ropa es un elemento a través del cual los pacientes expresan cuál es su imagen corporal, y en términos prácticos esto permite trabajar en los casos en que existen alteraciones. Para ello propone que

las intervenciones estén orientadas a lograr una transformación en la relación que estas personas tienen con la ropa, construyendo un sentido estético que prepare a los pacientes para relacionarse con el cuerpo que tendrán después del tratamiento.

A partir de lo dicho por los participantes al finalizar esta actividad, la coordinadora invitó a reflexionar sobre la relación que estos tenían con la ropa y sobre algunas creencias erróneamente naturalizadas, como por ejemplo que usar ropa negra hace ver más delgadas a las personas, que la ropa amplia disimula los kilos de más, y que es bueno cubrir la mayor superficie del cuerpo posible. Después de desmentir cada uno de estos mitos, la coordinadora dijo: *Hay que dismantelar los sistemas de creencias: que el negro favorece, que la ropa grande hace más flaca...tienen que animarse a usar colores y ropa más ajustada al cuerpo. Al cuerpo hay que vestirlo, no taparlo, moverlo, en lugar de dejarlo quieto.* Esta reflexión final con los pacientes, orientada a cambiar aquellas creencias que resultan disfuncionales, puede pensarse como una intervención que tiene puntos en común con la reestructuración cognitiva, presentada por Mora Giral y Raich Escursell (2004) como complemento de la desensibilización sistemática en los tratamientos cognitivo-conductuales para la imagen corporal.

Durante el transcurso de la actividad las conductas de los pacientes fueron diversas. Algunos caminaban contenidos, dando muestras de sentirse avergonzados por sus cuerpos con sobrepeso, y al tener que enfrentarse al espejo no se los veía muy cómodos. Otros, en cambio, a pesar de sus kilos de más disfrutaban de la actividad sin importarles si se veían gordos, flacos, lindos o no. En cierta medida esto recuerda lo que Schwartz y Brownell (2004) afirman al considerar los factores de riesgo asociados con la insatisfacción corporal, que la experiencia subjetiva de las personas es más importante como factor predictivo de tal insatisfacción que los cambios objetivos que experimentan en su peso corporal.

Hacia el final del segundo taller se realizó una actividad en la cual los participantes se dividían en parejas para dibujar sobre un papel extendido en el suelo la silueta del cuerpo del compañero. Así, cada uno se encontró con el contorno de su cuerpo dibujado y tuvo que trabajar sobre él pintando con su color preferido aquellas partes que le agradaban y con un color que no le gustara las partes que le generaran malestar. Una vez terminada esta etapa, la coordinadora les pidió que verbalizaran su experiencia y que uno a uno mostraran a sus compañeros el dibujo coloreado, explicando qué partes de su cuerpo eligieron y por qué decidieron intervenirlas gráficamente con el color elegido. La mayoría de las mujeres señaló la zona de los muslos y la cadera como área que les generaba insatisfacción. Esto coincide con lo señalado por Raich (2004) al considerar las razones por las cuales las mujeres se

quejan de su imagen corporal; las zonas de muslos, caderas y glúteos son especialmente mencionadas.

Casi todos los participantes utilizaron dos colores para pintar su figura, es decir fueron capaces de identificar partes de su cuerpo que les desagradaban pero también algunas que sí les gustaban. Una de las participantes, sin embargo, utilizó sólo el color negro para marcar varias partes de su cuerpo que le desagradaban. Cuando la coordinadora le preguntó por qué había usado un solo color, la mujer respondió que no podía encontrar ninguna parte de su cuerpo que le gustara. Entonces le pidió al resto de los participantes que mencionaran las partes del cuerpo de la paciente que consideraran agradables. Se mencionaron varias: la nariz, los ojos, las manos, el cabello. La coordinadora le dijo a la mujer que no debía desestimar aspectos de su cuerpo que no se veían afectados por la obesidad: *Si solamente te concentrás en las partes donde ves tu gordura, no vas a poder apreciar lo bonita que sos, tenés una cara preciosa y un cabello increíble...* El resto de los participantes coincidió con estas palabras.

Esta intervención de la coordinadora frente al caso de alguien que solamente puede ver en su cuerpo cosas que le desagradan puede considerarse como un intento de mejorar la autoestima de esa persona. Furnham, Badmin y Sneade (2002) sostienen la existencia de una elevada correlación negativa entre la insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima en el caso de las mujeres, coincidiendo con Eklund y Bianco (2000) quienes afirman que una pobre imagen corporal se asocia con una baja autoestima.

Esta actividad puede considerarse entre las técnicas gráficas para ayudar a los pacientes a explorar y concientizar las diferentes partes de su cuerpo y sus límites. Estas técnicas son más efectivas cuando se aplican en formato grupal (Facchini, 1999), algo que se observa cuando la coordinadora les pide a los participantes que colaboren para que su compañera pueda apreciar las partes de su cuerpo que son agradables.

Aceptando la intensa asociación entre baja autoestima e insatisfacción corporal, puede plantearse incluso que la primera es un factor que influye significativamente en la imagen corporal (Raich, Torras Clarasó & Mora Giral, 1997). Su fortalecimiento sería entonces un medio efectivo para disminuir la insatisfacción corporal, tal como han mostrado algunos estudios (O'Dea y Abraham, 2000).

Una actividad del taller que puede considerarse como forma de intervención para fortalecer la autoestima consistió en que los participantes desfilaran de a uno a lo largo del salón pasando por delante de sus compañeros que se ubicaban contra una de las paredes. A su

paso estos lo alentaban enfáticamente y le decían piropos y halagos. Cuando todos hubieron desfilado describieron las sensaciones y sentimientos que habían experimentado frente a lo que sus compañeros les decían.

Como cierre de cada uno de los encuentros del taller los participantes se acostaron en el suelo con los ojos cerrados mientras escuchaban un tema musical. La consigna verbal de la coordinadora fue la de imaginarse estar en medio de un desierto e ir en busca de una rosa. Una vez finalizado el tema, cada uno tuvo que contar su experiencia, qué había podido imaginar, si había encontrado la rosa y si lo había hecho en qué lugar, si tenía espinas o no, y cuáles habían sido los pensamientos, sensaciones y emociones. En general los participantes pudieron verbalizar su experiencia y expresar los sentimientos que surgieron en ellos a partir de esta actividad.

Cuando la coordinadora preguntó si habían podido encontrar la rosa, una de las pacientes, con 30 kilos por bajar, manifestó haber imaginado todo el tiempo que duró la actividad que caminaba por el desierto pero sin encontrar rosa alguna. Sus ojos se llenaron de lágrimas cuando la coordinadora le respondió: *es posible que te lleve tiempo y esfuerzo recorrer el camino, pero ya vas a ver en cuanto comiences a bajar de peso como vas a ver las cosas de otro modo. Al no estar empastada con la comida, los pensamientos se clarifican, las conductas son más saludables y las emociones serán diferentes.*

Otra de las pacientes, en cambio dijo que a pesar del terreno dificultoso que tuvo que atravesar por el desierto, finalmente pudo encontrar una rosa muy bella de color rojo con sus pétalos aterciopelados y un perfume muy agradable. La coordinadora le preguntó: *vos ya estás en el grupo de mantenimiento?* La paciente contestó afirmativamente. *Cuántos kilos bajaste?* Ella respondió que había bajado 18 kilos, pero que todavía le quedaban por bajar 5 kilos más para llegar al peso que le había indicado la nutricionista. La coordinadora resaltó el hecho de que esta paciente estuviese tan cerca de lograr el objetivo y de cómo fueron apareciendo imágenes y sensaciones que tenían que ver con pensamientos positivos. *Sabés una cosa? La rosa sos vos. Y es maravilloso que hayas podido encontrarla, .que la hayas visto bella y aterciopelada. Esto da cuenta de un recorrido por el tratamiento que si bien habrá tenido sus sinsabores, como dijiste, atravesando un terreno dificultoso, también nos recompensa al devolvernos un cuerpo y un peso que es el que estábamos anhelando.*

El encuentro finalizó con todos los participantes sentados en el suelo en círculo abrazando al compañero de cada lado, y la despedida fue con un aplauso y un beso a cada uno de ellos. Facchini (1999) sostiene que para que un tratamiento sea adecuado debe apuntar a mejorar la

imagen corporal, ayudando a los pacientes a concientizar y a conectarse con sus cuerpos desde el respeto, el amor, el cuidado, la aceptación y autovaloración.

6. Conclusiones

Luego de una amplia revisión bibliográfica sobre las temáticas de obesidad, imagen corporal e intervenciones para su tratamiento, las observaciones realizadas en los grupos de descenso y mantenimiento de peso y en los encuentros del taller de imagen corporal permitieron obtener información para cumplir con los objetivos del presente trabajo.

El primer objetivo apuntaba a describir las intervenciones orientadas a fortalecer una imagen corporal positiva dentro del grupo de descenso de peso. Allí se pudo observar que varios de los pacientes presentaban alteraciones de la imagen corporal, sobreestimando en la mayoría de los casos su tamaño y peso corporal y en otros pocos subestimándolo. En algunos de los pacientes que tendían a sobreestimar su tamaño corporal esta alteración de la percepción estaba acompañada además por sentimientos negativos e insatisfacción, mientras que entre los que lo subestimaban se encontró una paciente que no reconocía su problema y declaraba haber iniciado el tratamiento por pedido de su marido. Las intervenciones de la coordinadora del grupo no respondieron a una planificación previa como la que se propone en los modelos cognitivo-conductuales para el tratamiento de la imagen corporal relevados en el marco teórico, sino que surgieron de acuerdo con los conflictos que los pacientes presentaban al grupo. Esto es comprensible ya que el trabajo dentro del grupo de descenso está fundamentalmente orientado a lograr que los pacientes cumplan con las pautas del tratamiento, especialmente con la dieta hipocalórica que se les propone. En cuanto a la finalidad de las intervenciones observadas presentaron una diversidad acorde con la de los problemas planteados por los pacientes. En algunos casos se orientaron a destacar aspectos personales positivos y a resaltar el valor de los logros alcanzados con el fin de elevar la autoestima. Otras intervenciones tendían a favorecer la modificación de la imagen corporal de los pacientes a través de comparaciones con compañeros que tenían el peso que debían alcanzar.

En el grupo de mantenimiento de peso, ámbito de observación para el segundo objetivo, las intervenciones mostraron un carácter similar al registrado en el grupo de descenso. De acuerdo con los problemas que presentaban los pacientes, la coordinadora respondía en aquellos casos en que se expusiera algo relacionado con la imagen corporal con intervenciones verbales. En este grupo el mayor problema es lograr que la imagen corporal

acompañe el cambio que se produjo en el cuerpo de los pacientes y que los sentimientos y pensamientos se vuelvan positivos. Un objetivo destacado por la coordinadora es que los pacientes acepten su nuevo cuerpo con los defectos y limitaciones que tiene y que no lo juzguen en relación con una imagen ideal.

El tercer objetivo planteaba como objeto de observación las intervenciones en el taller de imagen corporal. Al ser un espacio específicamente dedicado a esta problemática dichas intervenciones ocuparon todo el trabajo que allí se realizó y estuvieron articuladas entre sí. Los participantes del taller fueron conducidos a través de ellas desde la toma de conciencia de la percepción que tienen de su cuerpo hasta un principio de cambio por medio de experiencias que proponen un contacto placentero con el cuerpo, la expresión de los pensamientos y sentimientos relacionados con él y el fortalecimiento de la autoestima.

En síntesis, puede decirse que las intervenciones sobre la imagen corporal en los grupos de descenso y mantenimiento no responden a un modelo determinado sino que surgen espontáneamente en función de los problemas que los pacientes presentan en el trabajo grupal. El taller de imagen corporal ofrece una propuesta más estructurada, aunque cabe mencionar que se trata de una actividad optativa para los pacientes.

Se considera recomendable que el taller de imagen corporal se incorpore al tratamiento durante las etapas de descenso y mantenimiento de peso como un módulo integrado al mismo. Así mismo podrían aplicarse a los pacientes procedimientos para evaluar alteraciones de la imagen corporal con el objetivo de identificar a aquellos que las presenten. Además del taller, se podría incluir algunas intervenciones en el trabajo grupal, por ejemplo aquellas destinadas a cambiar las creencias negativas a través de la reestructuración cognitiva, aunque es necesario adaptarlas para el marco de un grupo terapéutico.

Otra forma de intervenir para mejorar la imagen corporal es la psicoeducación. Tanto en el grupo de descenso como en el de mantenimiento se podría ofrecer a los pacientes información sobre la imagen corporal y sus alteraciones, y orientarlos para que sean capaces de registrar creencias y valoraciones negativas sobre su aspecto, así como conductas evitativas y de control. Considerando que estas últimas se relacionan con la ansiedad que les genera a los obesos la exposición, sería adecuado incluir ejercitación en estrategias de afrontamiento frente a situaciones en las que se vean expuestos a prejuicios o actitudes de discriminación.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo se puede mencionar en primer lugar la

escasez del material ofrecido por los grupos de descenso y mantenimiento de peso para responder a los objetivos. Al no ser la imagen corporal un problema preponderante a trabajar en estos grupos y, en consecuencia, no implementarse una metodología específica las intervenciones no fueron demasiadas.

Otra limitación tuvo que ver con la carencia de instrumentos para la evaluación de las alteraciones de la imagen corporal que hubieran permitido determinar el efecto de las intervenciones sobre los pacientes.

Considerando que la insatisfacción corporal puede persistir aún después de un tratamiento exitoso para la obesidad, y que esto la convierte en un factor de riesgo para las recaídas (Keyes et. al., 2002), se plantea la necesidad de incluir intervenciones específicas para las alteraciones de la imagen corporal como componentes fijos del tratamiento.

En el centro terapéutico el trabajo está orientado fundamentalmente a lograr que los pacientes bajen de peso hasta alcanzar cierta meta fijada al inicio. Luego, con los pacientes que continúan en tratamiento se trata de apoyarlos para que mantengan los cambios introducidos en su relación con la comida para evitar que vuelvan a aumentar de peso. El trabajo con la imagen corporal es tratado como un complemento opcional, y de hecho los pacientes que participan del taller específico son una minoría respecto del total de quienes allí se tratan. Aceptando que las alteraciones en la imagen corporal son un factor que incide en la obesidad y en el desarrollo de conductas alimentarias nocivas (Raich, Torras Clarasó & Mora Giral, 1997), el centro debería otorgarle un lugar de mayor importancia a su tratamiento incorporando el taller o un tratamiento específico, como podría ser el cognitivo conductual (Rosen et al., 1995) como componente fijo del tratamiento general.

La construcción de la imagen corporal es diferente si se trata de un cuerpo en movimiento o de un cuerpo sedentario. En este sentido, podría considerarse la inclusión de danza terapia en el espacio dedicado a la actividad física; y adaptar las clases de gimnasia para que se orienten hacia un trabajo más específico.

En cuanto a posibles líneas de investigación sobre esta problemática, y considerando lo señalado acerca de las limitaciones en los instrumentos de evaluación, se considera la pertinencia de ampliar la metodología incluyendo herramientas de investigación cuantitativa y cualitativa. Esto permitiría incluir medidas del descenso de peso logrado y de los cambios en la imagen corporal para evaluar la relación entre estas variables. De esta manera se podría continuar investigando acerca de la relación entre las alteraciones de la imagen corporal y la

obesidad, así como sobre su impacto en la eficacia de los tratamientos de reducción de peso y en la consolidación de los resultados obtenidos.

Una nueva línea de investigación podría orientarse a la evaluación del aporte de la realidad virtual al proceso de desensibilización sistemática incluido en el tratamiento cognitivo-conductual de las alteraciones de la imagen corporal. Las herramientas tecnológicas permiten construir un mundo virtual adaptado a las necesidades de cada paciente y al que éste pueda percibir como seguro. La realidad virtual permite una representación de la imagen corporal más objetiva, y por esa razón su aplicación para el tratamiento de las alteraciones está en desarrollo (Botella Arbona, García Palacios, Baños Rivera & Quero Castellano, 2007).

El balance de la experiencia fue muy positivo. Las situaciones de aprendizaje resultaron altamente significativas, ampliando la mirada sobre la temática y aumentando el interés sobre la misma.

7. Referencias bibliográficas

- Abad Massanet, F., Rivero Pérez, J., Fandiño Cobos, E., Vera Osorio, J. A., de Vera Porcell, M. & Montero Sánchez, L. (2012). Percepción de la propia imagen corporal en pacientes obesos o con sobrepeso. *Revista de enfermería*, 6(2), 24-30.
- Aguilar Cordero, M.J., Ortegón Piñero, A., N. Mur Villar, N., Sánchez García, C., García Verazaluce, J., García García, I. & Sánchez López, A. M. (2014). Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 727-740.
- Baile, J. I. & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Hospitalario de Navarra*, 34(2), 253-261.
- Banfield, S. S. & McCabe, M. P. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37(146), 373-393.
- Barrera-Cruz, A., Ávila-Jiménez, L., Cano-Pérez, E., Molina-Ayala, M. A., Parrilla-Ortiz, J. I., Ramos-Hernández, R. I., ... Gutiérrez-Aguilar, J. (2013). Guía de práctica clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 51(3), 344-57
- Botella Arbona, C., García Palacios, A., Baños Rivera, R. M. & Quero Castellano, S. (2007). Realidad virtual y tratamientos psicológicos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 82, 17-31.
- Brennan, M. A., Lalonde, C. E., & Bain, J. L. (2010). Body image perceptions: Does gender differences exists? *Psi Chi Journal of Undergraduate Research*, 15(3), 130-138.
- Burrowes, N. (2013). Body image: a rapid evidence assessment of the literature. Government Equalities Office. Disponible en https://www.gov.uk/.../120715_RAE_on_body_image_final.docx

- Butters, J. W. & Cash, T. F. (1987). Cognitive behavioral treatment of women's body image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 889-897.
- Carrasco, F., Manrique, M., de la Maza, M. P., Moreno, M., Albala, C., García, J., Díaz, J. & Liberman, C. (2009). Tratamiento farmacológico o quirúrgico del paciente con sobrepeso u obesidad. *Revista médica de Chile*, 137(7), 972-981.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, 1, 1-5.
- Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I. & Perry, A. A. (2004). How Has Body Image Changed? A Cross-Sectional Investigation of College Women and Men From 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1081-1089.
- Cash, T. G. (2002). The management of body image problems. En C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 599-602). New York: The Guilford Press.
- Casillas-Estrella, M., Montaña-Castrejón, N., Reyes-Velázquez, V., Bacardí- Gascón, M. & Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor IMC, mayor grado de insatisfacción con la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 17, 243-249.
- Chandler, E. (2011). La distorsión de la imagen corporal en los trastornos alimentarios: enigma clínico y desafío terapéutico. *Actualización en Nutrición (Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición)*, 7(4), 38-48.
- Cormillot, A. (2008). *Como adelgazar y mantenerse*. Buenos Aires: Paidós.
- Eklund, R. & Bianco, T. (2000). Social physique anxiety and physical activity among adolescents. *Reclaiming Children and Youth* 9, 139-142.
- Facchini M. (1999). Imagen corporal. En: Labanca R, Ortensi G y Facchini M. (Eds.). *Trastornos Alimentarios: Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: SAOTA, 156-164.
- Foster, G. D., Wadden, T. A. & Vogt, R. A. (1997). Body image in obese women before, during and after weight loss treatment. *Health Psychology*, 16(3), 226-229.

- Furnham, A., & Calnan, A. (1998). Eating disturbances, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review*, 6, 58–72.
- Furnham, A., Badmin, N. & Sneade, I. (2002). Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology*, 136(6), 581–596.
- González Hermosillo-Cornejo, D., Arreola-Ramírez, D. A., Díaz Girón-Gidi, A., Álvarez-Hernández, D. A., López-Caballero, C. (2016). Cirugía bariátrica y metabólica, una perspectiva histórica desde sus inicios. *El residente*, 11(2), 88-95.
- Guzmán Saldaña, R. M. E., Del Castillo, C. A. & García, M. (2009). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En J. A. Morales (Ed.). *Obesidad: un enfoque multidisciplinario*. (pp. 201-218). México D. F.: Publicaciones de la Universidad Autónoma de México.
- Katz, M. (2012). *No dieta: Puentes entre la alimentación y el placer*. Buenos Aires: Planeta.
- Key, A. George, C. L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H. & Waller, G. (2002). Body Image Treatment Within an Inpatient Program for Anorexia Nervosa: The Role of Mirror Exposure in the Desensitization Process. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 185-190.
- Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(3), 357-60.
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). *Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Obesidad: Determinantes epidemiología y su abordaje desde la salud pública*. Buenos Aires: Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles, Ministerio de Salud.
- Mora Giral, M. & Raich Escursell, R. M. (2004). Una revisión de estudios de intervención

sobre las alteraciones de la imagen corporal. *Psicología y Ciencia Social*, 6(2), 34-46.

National Heart, Lung and Blood Institute (1998). *Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults*. Disponible en http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf

O' Dea, J. A. & Abraham, S. (2000). Improving the Body Image, Eating Attitudes, and Behaviors of Young Male and Female Adolescents: A New Educational Approach that Focuses on Self-Esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 43-57.

Organización Mundial de la Salud [OPS]. (2003). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. *Serie de Informes Técnicos de la OMS n.º 916*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva 311, junio de 2016.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). *Consumo de alimento y bebidas ultraprocesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones en política pública*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27545&Itemid=270&lang=es

Organización Panamericana de la Salud [OPS](2015). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf

Panzitta, M. T. (2009). Experiencia alimentaria y abordaje terapéutico. En M. T. Panzitta (Comp.), *Trastornos de la conducta alimentaria*, (pp.139-159). Buenos Aires: RV Ediciones.

Panzitta, M. T. (2010). La problemática del hambre. *Imago Agenda*, 145. Disponible en <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1421>

Raich, R. M., Torras Clarasó, J. & Mora Giral, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5(1), 55-70.

Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.

Raich Escursell, R. M. (2008). Trastornos alimentarios, la obesidad y el sobrepeso. *Infocop, Revista Digital del Consejo de la Psicología de España*, 6-9.

Ramirez, E. M. & Rosen, J. C. (2001). A comparison of weight control and weight control plus body image therapy for obese men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 440-446.

Ravenna, M. (2004). *Una delgada línea. Entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.

Ravenna, M. (2006). *La telaraña adictiva*. Buenos Aires: Zeta.

Rivarola, M. F. & Rovella, A. T. (2013). *La insatisfacción con la imagen corporal y su relación con la regulación emocional en estudiantes universitarios*. Trabajo presentado en el V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013. Disponible en <http://www.aacademica.org/000-054/306>

Rodriguez Scull, L. E. (2003). Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Revista Cubana de Endocrinología*, 14(2). [Online] Disponible en

http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_2_03/end06203.html

- Rosales Ricardo, Y. (2012). Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1803-1809. Disponible en <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6044>
- Rosen, J. C., Orosan, P. & Reiter, J. (1995). Cognitive Behavior Therapy for Negative Body Image in Obese Women. *Behavior Therapy*, 26, 25-42.
- Rothblum, E. D. (2002). Gay and lesbian body images. En T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 257-265).
- Salaberria, K., Rodríguez, S. & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- Sarmiento Quintero, F., Ariza, A. J., Barboza García, F., Canal de Molano, N., Castro Benavides, M., Cruchet Muñoz, S., ... Vera Chamorro, J. F. (2016). Sobrepeso y obesidad: revisión y puesta al día de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP). *Acta Gastroenterología Latinoamericana*, 46, 131-159
- Sarwer, D. B., Thompson, J. K. & Cash, T. F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *Psychiatric Clinic of North America*, 28, 69-87.
- Schwartz, M. B. & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1, 43-56.
- Socarrás Suárez, M. M., Bolet Astoviza, M. & Licea Puig, M. E. (2002). Obesidad: Tratamiento no farmacológico y prevención. *Revista Cubana de Endocrinología*, 13(1), 35-42.
- Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (2010). Guía práctica para el manejo de la obesidad en el adulto. Disponible en http://cloudpiercdn.blob.core.windows.net/saota/websitepublico/doc_80.pdf
- Stunkard, A. J., & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American*

Journal of Clinical Nutrition, 55, 524-532.

Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F. Muyor, J. M. & López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.

Vázquez Martínez, C. (1999). Epidemiología de la obesidad: estado actual en los países desarrollados. *Epidemiología y nutrición*, 46(9), 302-316.

Zukerfeld, R. (2011). *Psicoterapia en la obesidad*. Buenos Aires: Letra Viva.