

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Imagen corporal y obesidad. Intervenciones para el cambio en la percepción de
la imagen corporal

Alumno: Elizabeth Hernández Ortiz.

Legajo: 69784.

email: elihernandezortiz94@gmail.com

Tutora: Dra. Vanesa Góngora.

Lunes 28 de Junio de 2021

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 Causas y epidemiología	4
3.1.2 Riesgos médicos y psicopatológicos asociados con la obesidad	5
3.1.3 Modelos de tratamiento de la obesidad	7
3.1.4 Problemáticas asociadas con la obesidad	10
3.2 Definición y conceptualizaciones de la imagen corporal	11
3.2.1 Insatisfacción corporal: Factores que influyen en la distancia entre imagen percibida e imagen ideal	13
3.2.2 Imagen corporal en la obesidad	16
3.2.3 Imagen corporal en el tratamiento de la obesidad	17
3.2.4 Intervenciones para mejorar la autopercepción de la imagen corporal	19
4 Metodología	22
4.1 Tipo de estudio	22
4.2 Participantes	22
4.3 Instrumentos	23
4.4 Procedimiento	24
5 Desarrollo	24
5.1 Autopercepción de la imagen corporal e imagen ideal en pacientes en tratamiento de reducción de peso	24
5.2 Importancia de la intervención sobre la imagen corporal, según la perspectiva de los profesionales	26
5.3 Describir las intervenciones de los coordinadores para mejorar la autopercepción de la imagen corporal en los pacientes	32
6 Conclusiones	38
6.1 Limitaciones	40
6.2 Aporte personal y perspectiva crítica	40
6.3 Futuras líneas de investigación	42
7 Referencias bibliográficas	44
8 Anexos	49

1 Introducción

El presente trabajo se llevó a cabo en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional V de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo, que tuvo lugar en una institución privada ubicada en Capital Federal. La misma está enfocada en el tratamiento de la obesidad y otros desórdenes alimenticios y cuenta con un equipo interdisciplinario en las áreas de medicina, nutrición, deporte y acompañamiento terapéutico. El tratamiento está organizado en dos etapas, de descenso de peso y de mantenimiento, con grupos especiales de pacientes. Su objetivo principal es que los pacientes puedan bajar de peso, haciendo el cambio de hábitos disfuncionales, mediante un nuevo vínculo de límites y excesos con la comida. En la misma se cumplió con un total de 280 horas de asistencia a los diferentes grupos terapéuticos. Esta participación consistió en la observación de las terapias de grupo de descenso y mantenimiento.

A partir de la observación del trabajo dentro de los grupos surgió la idea de indagar acerca de la percepción de la imagen corporal de los pacientes durante la etapa de descenso de peso. Este es un aspecto importante en relación con la obesidad y su tratamiento y se espera que el éxito en cuanto al logro de objetivos relacionados con la reducción de peso esté acompañado de cambios en la autopercepción de la imagen corporal. En este trabajo se relevó información sobre esta última y sobre la valoración y estrategias de los profesionales a cargo del tratamiento a la hora de intervenir sobre este constructo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir la autopercepción sobre la imagen corporal de un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso y la valoración que los profesionales hacen de las intervenciones para mejorarla.

2.2 Objetivos específicos

Describir la autopercepción sobre la imagen corporal e imagen ideal que tienen los pacientes en tratamiento de reducción de peso.

Indagar porqué es importante intervenir para los profesionales sobre la imagen corporal en pacientes en tratamiento de reducción de peso.

Describir qué intervenciones hacen los coordinadores para que los pacientes mejoren su autopercepción de la imagen corporal en los grupos de descenso.

3 Marco teórico

3.1 *Obesidad*

Bersh (2006) expresa que la obesidad es una enfermedad crónica que resulta de un desequilibrio entre las calorías consumidas y las gastadas, es decir producto de una ingesta excesiva de alimentos altamente calóricos, un reducido metabolismo y una escasa actividad física. También influyen componentes tales como los psicológicos, como la depresión y la ansiedad, el consumo de alcohol y los trastornos alimenticios. A nivel mundial, lamentablemente, se trata de una enfermedad que se encuentra en forma ascendente desde hace varias décadas. La obesidad está presente de igual forma tanto en hombres como mujeres, y para determinar que una persona tenga sobrepeso, se realiza un cálculo matemático entre el peso y la estatura o talla denominado índice de masa corporal (IMC) = peso (kg) / talla (metros)².

La obesidad es una enfermedad no infecciosa cuya incidencia a nivel mundial crece de generación en generación de forma recurrente y progresiva. La Organización Mundial de la Salud considera a la obesidad como la acumulación irregular o exagerada de grasa corporal que puede causar daño a la salud. La OMS (2018) definió el sobrepeso a partir de la clasificación que hace del IMC. El sobrepeso corresponde a un IMC igual o superior a 25 y la obesidad a un IMC igual o superior a 30.

Otra forma de calcular la manera en que se encuentra distribuida la grasa en el cuerpo, postulan Rodríguez y Martínez (2002) es combinando las medias tomadas con un lipómetro sobre el espesor del pliegue cutáneo del brazo no dominante, y este resultado no debe exceder los 23 mm. Una técnica también utilizada para medir esa concentración de la grasa, pero que quedó muy desentendida en la actualidad es la medición métrica del índice cintura/cadera, los valores estipulados en mujeres indicarían que valores mayores a 0,85 y 1,0 en los hombres brindan el diagnóstico de una obesidad androide, central o abdominal. La obesidad ginecoide o periférica y obesidad de distribución homogénea son otras formas de clasificación; así como la edad, pues si tiene un inicio temprano, es decir antes de los 18, se considera obesidad infantil, mayor edad estaría dentro de una obesidad adulta.

Es la enfermedad metabólica más prevalente en el mundo occidental, y en los últimos años se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial (OMS, 2018). Más allá del mundo occidental, la obesidad ha aumentado notablemente y está asociada con muchas enfermedades crónicas que pueden afectar la calidad de vida de las personas, imponiendo una

sobrecarga sobre el sistema de salud y sobre las economías de los países (Althumiri et al., 2020).

3.1.1 Causas y epidemiología

La obesidad es una condición multifactorial, hay factores que van desde los genéticos, ambientales, medicamentosos, metabólicos, sociales, endocrinos o factores psicológicos, entre los cuales la herencia y el medio ambiente desempeñan un papel determinante (Martínez, Moreno, Marquez & Marti, 2002).

La interacción de los diferentes factores a lo largo de la vida de las personas es el resultado de los riesgos predisponentes a padecer obesidad, afectando inclusive no solo al individuo sino a poblaciones. Estos riesgos pueden clasificarse por un lado en riesgos endógenos que se refieren a ciertas características que en los sujetos no son modificables como el patrimonio genético, la edad, sexo y raza. Los segundos son los riesgos ambientales que dependen de lo susceptible que una persona pueda resultar ante ellos, como por ejemplo: una nula o escasa actividad física, una ingesta alta de alimentos con alto contenido calórico y baja en alimentos nutritivos, entre otros (Coutinho, 1999).

Entre los factores mencionados, uno de los más importantes en la etiología de la obesidad es la relación que ésta tiene con la función endocrina. El tejido adiposo se entiende como un órgano endocrino que modula el metabolismo y permite la liberación de ácidos grasos y hormonas como la leptina; la alteración endocrinológica principal es el aumento en la secreción de insulina que en un sujeto obeso es de tres a cuatro veces mayor, debido a que la sensibilidad a la insulina regula a su vez la función de la célula beta que es justamente la encargada de controlar el nivel de glucosa en la sangre. Es por ello que antes se hizo énfasis en porqué es tan importante la distribución de la grasa corporal, especialmente la grasa visceral (obesidad abdominal u obesidad central) que se relaciona altamente con contraer riesgos cardiovasculares. De hecho, el compromiso de la salud en términos generales es mayor en personas que tengan un exceso de grasa abdominal, en comparación con las que poseen exceso de grasa corporal (Alvarez, Aravellos, Sandáy & Cordido, 2011).

Por otra parte, Yépez, Baldeon y López (2007) destacan entre las causas de la obesidad al consumo exagerado de alimentos que tienen un contenido energético superior al que la persona requiere; el consiguiente aumento de peso deviene por la suma de este factor y una vida sedentaria, resultando que toda esa energía excedente se deposita entonces como grasa.

Entre los factores psicológicos de la obesidad se encuentra una combinación de

características que interactúan con otros factores para dar como resultado, en algunos casos, el exceso de peso. Esto último depende de cada individuo, de sus hábitos alimentarios, la actividad física que realice, el estilo de vida y las experiencias que cada uno tenga con su medio ambiente físico y social (Duperly, 2000). En consecuencia, sólo un cambio en el estilo de vida, para incorporar nuevos hábitos alimenticios y conductuales es el camino hacia un peso saludable y sostenible en el tiempo (Bersh, 2006).

Al considerar las características de esta epidemia del siglo XXI que es la obesidad, Coutinho (1999) manifiesta que tiene un carácter multifactorial y, por lo tanto, necesita de un abordaje desde un marco interdisciplinario, que intente resolver esta problemática de una manera responsable y colaborativa entre colegas, buscando integrar distintas posturas que permita estimar la prevalencia de la misma y los riesgos asociados. Esto último resulta de fundamental importancia, ya que la obesidad es un factor de riesgo que aumenta la posibilidad de contraer otras enfermedades e incluso puede llevar a la muerte.

3.1.2 Riesgos médicos y psicopatológicos asociados con la obesidad

La obesidad es un grave problema de salud pública que aumenta el riesgo de múltiples padecimientos, entre las cuales están la hipertensión arterial, la diabetes tipo II, la enfermedad coronaria y ACV, distintos tipos de cáncer, dislipidemias, síndrome metabólico, resistencia a la insulina, enfermedad del hígado graso, apnea de sueño, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma artritis reumatoidea, colecistitis, infertilidad y múltiples complicaciones en el embarazo. También existen trastornos asociados con la ganancia de peso, como la ansiedad, la depresión y los trastornos de alimentación (TCA). Todas ellas reducen la longitud de vida del ser humano (Althumiri et al., 2020; Bersh, 2006; Tallis, Shelley, Degens, & Hill, 2021).

El impacto sobre la calidad de vida es mayor aún en el caso de la población anciana. Los efectos combinados entre la obesidad y la vejez se denomina obesidad sarcopénica (OS) definida como un aumento de la masa grasa con la disminución de la masa muscular y de la densidad ósea. Incluso las personas con sobrepeso pueden llegar a tener músculos más grandes, pero con menor capacidad de producir fuerza/potencia y de reparación y regeneración muscular. Los adultos mayores obesos tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), trastornos metabólicos y debilidad muscular, lo cual se relaciona con el riesgo de caídas, enfermedades crónicas, mala calidad de vida y mayor mortalidad por todas las causas (Tallis et al., 2021).

Se ha identificado una asociación significativa entre altos IMC y el riesgo de sufrir infarto

de miocardio, insuficiencia coronaria y muerte súbita. Estos pacientes se caracterizan por un perfil aterogénico, protrombótico e inflamatorio, especialmente en aquellos casos en que presentan una alta composición de tejido adiposo en el área visceral, lo que los predispone a sufrir alteraciones en homeostasis de glucosa y la insulina plasmáticas, a tener niveles de triglicéridos elevados y mayores concentraciones de apolipoproteína B (proteína encargada de movilizar el colesterol del cuerpo). Esto hace que el tejido adiposo concentrado en dicha área no sea sólo un depósito pasivo de grasa, sino que funcione como un órgano capaz de sintetizar y liberar al torrente sanguíneo una variedad de moléculas que aceleran la progresión de la aterosclerosis (Poirier & Eckel, 2002).

El exceso de peso se ha relacionado causalmente con un mayor riesgo de 10 diferentes tipos de cáncer: de esófago, colon, vesícula biliar, páncreas, hígado, mama, ovario, endometrio, riñón y próstata; en conjunto representan aproximadamente el 27% de la carga total mundial de cáncer. Como ejemplo del impacto del sobrepeso sobre el riesgo de padecer esta enfermedad, se registra un 60% más de riesgo de cáncer de colon, a partir del aumento de peso de los adultos entre los 20 y los 50 años. La explicación a este impacto también se encontraría en el exceso de grasa intraabdominal a nivel visceral, asociada a una elevación de la interleucina 6 y de una proteína como la TNF- α que estimula la inflamación en su fase aguda, además de niveles reducidos de adiponectina que implican un aumento de los ácidos grasos libres. Todos estos factores están asociados con inflamación, resistencia a la insulina y la activación del factor de crecimiento insulínico (IGF), creando un ambiente propicio para el crecimiento de los tumores (Arnold et al., 2016).

Con el crecimiento de la pandemia de Covid- 19 se han realizado estudios que muestran que los sujetos con obesidad tienen mayor riesgo de desarrollar una enfermedad más grave. En uno de ellos se halló que los pacientes con obesidad severa ($IMC \geq 35$) tenían un mayor riesgo de necesitar hospitalización y de llegar a un estado crítico, requiriendo cuidados intensivos y ventilación mecánica, independientemente de otras comorbilidades. Uno de los mecanismos biológicos a través de los cuales se da el impacto de la obesidad sobre la severidad de la Covid- 19 es la inflamación crónica, originada en los pacientes obesos por el exceso de tejido adiposo, que puede producir una disfunción metabólica. Otro factor es la deficiencia de vitamina D, que aumenta el riesgo de infecciones sistémicas y perjudica la respuesta inmune, facilitando el desarrollo de infecciones respiratorias como la neumonía (Petrova et al., 2020).

También relacionado con una enfermedad como la Covid- 19 se encuentra el efecto

fisiológico negativo de la obesidad sobre la función pulmonar. En primer lugar, el tejido adiposo visceral dificulta el movimiento diafragmático, reduciendo la capacidad de expansión pulmonar basal durante la inspiración, además produce un cierre de las unidades pulmonares periféricas, reduciendo así la posibilidad de oxigenación frente a mayores requerimientos. Este cuadro genera anomalías de la ventilación-perfusión e hipoxemia arterial, contribuyendo al surgimiento de problemas respiratorios de diversa índole, comenzando por la falta de oxigenación en el esfuerzo y en posición supina. La acumulación de grasa visceral aparece asociada a disnea, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), síndrome de hipoventilación por obesidad (SHO), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, embolia pulmonar y neumonía por aspiración (Zammit, Liddicoat, Moonsie, & Makker, 2010).

3.1.3 Modelos de tratamiento de la obesidad

Cuando se habla de tratamiento de la obesidad, el abordaje debe ser integral, aunque la primera herramienta considerada sea la intervención nutricional. Hay ciertos tipos de elementos terapéuticos para el tratamiento que comprenden: dieta, ejercicio físico, terapia conductual, fármacos y cirugía (Ayela Pastor, 2009).

Una dieta equilibrada para combatir la obesidad debe cubrir las necesidades alimentarias del individuo. Algunas dietas principales son: hipocalórica, de 500 a 800 calorías, hiperproteica, con una gran concentración de proteínas, e hipograsa y alta en fibra (Pinto & Carbajal, 2006). La distribución de las comidas puede variar según el tipo de dieta, puede ser en 4 o 6 comidas, pero en todos los casos supone que el paciente debe aprender a comer en forma diferente. Las dietas bajas en grasas y en carbohidratos han sido clásicamente recomendadas para el descenso de peso y existen numerosos estudios acerca de su eficacia en este sentido. La mayoría consiste en una reducción drástica de la ingesta de calorías; si bien reduce el riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares, su principal problema es la sustentabilidad a largo plazo, ya que requieren de la eliminación de algunos carbohidratos, como el azúcar y harinas (Wadden & Bray, 2018). Un metaanálisis que comparó estudios de eficacia sobre dietas bajas en grasas y bajas en carbohidratos halló que estas últimas logran una mayor disminución de peso en el corto plazo, pero que la diferencia respecto a las bajas en grasas disminuye en el largo plazo (Mansoor, Vinknes, Veierød, & Retterstøl, 2016). Como complemento los planes alimentarios suelen reemplazar gradualmente las calorías antes provistas por estos carbohidratos con alimentos ricos en proteínas y vegetales con alto contenido de fibra y baja densidad energética. Justamente, las dietas hiperproteicas son otra

alternativa para la reducción de peso, por la sensación de saciedad que los alimentos con altos contenidos de proteína generan. Además, han demostrado ser eficaces para reducir el riesgo de obesidad, síndrome metabólico y diabetes tipo II, aunque los estudios controlados aleatorizados reportan resultados contradictorios. Un gran estudio realizado en los Estados Unidos (*Preventing Overweight Using Novel Dietary Strategies -POUNDS*) demostró que la reducción calórica es más importante que la composición de la dieta en cuanto a porcentaje de macronutrientes (De Jonge et al., 2012), esto implica la posibilidad de elegir entre estas diferentes opciones de acuerdo a las preferencias de los pacientes, lo que favorecería la adherencia en el largo plazo.

Más allá del aspecto nutricional, el éxito de un tratamiento de la obesidad en el mediano y largo plazo requiere de un cambio de conductas alimentarias; y éste, a su vez, puede implicar un cambio más amplio a nivel del estilo de vida. En este sentido, la actividad física es un componente importante en el tratamiento de la obesidad, conformando un doble eje con las dietas. Esta dupla logra el descenso de peso, ya que la actividad física preserva mejor la masa magra y reduce por consiguiente la adaptación endocrino-metabólica que disminuye el gasto energético. El entrenamiento de resistencia, por ejemplo, tiene un efecto positivo sobre la función del músculo esquelético, al mismo tiempo que es beneficioso para mejorar la composición corporal y mantener la función muscular general (Tallis et al., 2021). En dos líneas de estudio independientes, tanto el ejercicio físico realizado bajo supervisión, ya sea en gimnasios o centros comunitarios, como el autodirigido, generalmente en casa, demostraron ser efectivos para el abordaje de la obesidad. Algunos estudios compararon ambos tipos de ejercitación en el marco de tratamientos de reducción de peso con varios componentes, en uno de ellos se determinó que, en combinación con una dieta hipocalórica y estrategias conductuales para el cambio de hábitos, el ejercicio autodirigido demostró una mayor reducción de peso y mayor efectividad para lograr una adherencia a la actividad física en el largo plazo, en comparación con el ejercicio físico organizado en grupo (Perri, Martin, Leermakers, Sears & Notelovitz. 1997). Otros estudios, más recientes, no hallaron diferencias significativas en los resultados comparando ambos tipos de actividad física directamente (Creasy et al., 2017). Sin embargo, siempre es recomendable que el trabajo físico sea supervisado por profesional capacitado, de tal manera que se pueda realizar un mínimo de 3 veces por semana y se instaure dentro de su rutina diaria, teniendo en cuenta que estos hábitos incrementan un mejor estado de ánimo (Duperly, 2000).

Verheggen et al. (2016) realizaron una revisión sistemática y meta análisis analizando los

efectos del entrenamiento físico y la dieta hipocalórica en combinación y por separado. En ambas condiciones estas intervenciones logran reducir el peso corporal y la grasa visceral; sin embargo, la dieta genera una mayor pérdida de peso, mientras que el ejercicio tiende a tener mayor efecto sobre la grasa visceral. Además, existe una fuerte correlación entre pérdida de peso y reducción de grasa visceral luego de una dieta, mientras que la misma es mucho menor luego de una intervención basada en el ejercicio físico. En los casos en que no se verificó una reducción de peso luego del ejercicio físico, igualmente se dio una disminución de la grasa visceral en más de un 5%, por el contrario, el mismo resultado al finalizar una dieta hipocalórica no significó ningún cambio en esta variable. Cabe destacar que al no haber necesariamente una asociación entre la pérdida de peso corporal y la reducción el porcentaje de grasa visceral, la primera podría no ser un buen indicador a la hora de evaluar la efectividad de los tratamientos, en la medida en que la cantidad de grasa visceral es más importante como predictor de la morbimortalidad.

La terapia conductual es un componente del tratamiento muy importante para crear hábitos saludables. Proporciona un aumento en la efectividad de herramientas que posibilitan cambiar las ideas y conductas que hacen más difícil que un individuo pueda llevar una dieta adecuada en conjunto con una actividad física frecuente. Las técnicas de autocontrol son esenciales en el tratamiento cognitivo conductual de pacientes con obesidad, éstas permiten al individuo reconocer y dominar sus actos inadecuados; sus consecuencias y las conductas disfuncionales (Velásquez & Alvarenga, 2001).

Se considera entonces indispensable que intervengan grupos de carácter interdisciplinario que acompañen a los pacientes en este transcurso de descenso de peso y su mantenimiento, al igual que incrementar herramientas que fomenten los cambios positivos tanto en el estilo de vida, como en los hábitos alimentarios, en la actividad física, la mejora en las relaciones interpersonales, así como también una mayor valoración de su imagen corporal, concepto crucial que desmenuza el negocio que se ha convertido para nuestra sociedad occidental el cuerpo y sus cuidados, de tal forma que la preocupación por la apariencia física se ha convertido en una fuente de consumo (Cuevas & Reyes, 2005).

3.1.4 Problemáticas asociadas con la obesidad

Las exigencias estéticas de la sociedad de consumo representan una fuerte presión que en algunos casos se manifiesta en formas discriminatorias hacia aquellas personas que no cumplen con los ideales valorados socialmente. En el caso de la obesidad, esto puede llevar a situaciones de

condena y ridiculización, especialmente durante la infancia y la adolescencia. Como consecuencia de esta actitud social, muchas personas obesas desarrollan una baja autoestima y, en algunos casos, pueden caer en una depresión reactiva (Lopera & Restrepo, 2014).

Según Shwartz y Brownell (2004) la cultura occidental actual eleva el valor de la delgadez al mismo tiempo que denigra el exceso de peso, estigmatizando a las personas obesas. En este contexto cultural, éstas muchas veces internalizan estos mensajes y se sienten insatisfechos y avergonzados por su imagen corporal. Dado que no en todos los casos las personas con sobrepeso u obesidad desarrollan este problema, es importante indagar acerca de los factores que influyen en este fenómeno. Entre los más importantes los autores señalan el grado de sobrepeso, el género (con mayor incidencia de insatisfacción entre las mujeres) y la presencia de conductas de atracón. También indican alguna evidencia en relación con el efecto del desarrollo temprano de la obesidad (obesidad infantil y en la adolescencia), la etnia (con mayor insatisfacción entre las mujeres blancas en comparación con población negra y latina, aunque esta diferencia puede desaparecer por efecto de la aculturación) y la orientación sexual (los hombres homosexuales presentan con mayor frecuencia insatisfacción que los heterosexuales, mientras que entre las mujeres se da la inversa).

En las personas con sobrepeso y obesidad, independientemente de su edad y grupo étnico, se han reportado constantemente problemas nutricionales, sentimientos de insatisfacción corporal, desórdenes, distorsiones de la imagen corporal, y ansiedad en el deseo de adelgazar. A diferencia de personas con peso normal, los obesos evitan mayormente situaciones sociales debido a su apariencia, puntualmente a la distorsión de su tamaño corporal. No se trata de en qué parte del cuerpo el sujeto focaliza su defecto, sino que el problema radica en el hecho de que esté preocupado por él, porque de allí resultan los sentimientos de cohibición y vergüenza, ya que siente que su defecto revela alguna deficiencia personal ante los demás. Por ello recurren a maneras de ocultar dicha falla, ya sea evitando la exposición total o parcial mediante ropa más amplia que su figura, despreocupación por su aseo o contorsionar su figura mediante la postura (Rosen, Orosan & Reiter, 1995).

En una investigación realizada en la Ciudad de México con preadolescentes de sexo femenino se halló una asociación significativa entre insatisfacción corporal, autoestima y depresión en relación con la presencia de sobrepeso u obesidad. A través de la comparación entre tres grupos (obesidad, sobrepeso y peso normal) se encontró que los dos primeros presentaron niveles más altos de insatisfacción corporal que el grupo con peso normal. Además, las preadolescentes con

mayor insatisfacción corporal, independientemente del peso, presentaron menores niveles de autoestima y mayor presencia de síntomas de depresión. El grado de obesidad se asoció con la insatisfacción corporal, y sólo se verificó una asociación significativa entre autoestima y depresión entre las jóvenes con altos niveles de insatisfacción corporal (Freyre, Hernández-Guzmán & Contreras-Valdez, 2020). En otra investigación con adolescentes venezolanos (Duno & Acosta, 2019) también se halló una asociación positiva entre insatisfacción corporal e IMC, y negativa con la autoestima. Por otra, los autores recomiendan la intervención psicológica para mejorar la autoestima y la imagen corporal, estrategias que consideran clave en la rutina diaria de los adolescentes, ya que en esta etapa de construcción de la identidad los hábitos incorporados son decisivos y tienden a reflejarse a lo largo de toda la vida adulta.

En la Argentina, Lacunza et al. (2011) llevaron a cabo una investigación con objetivos similares, analizando una muestra de adolescentes escolarizados de la provincia de Tucumán. De acuerdo con las hipótesis de trabajo, los adolescentes obesos tenían mayor retraimiento, ansiedad social y un bajo autocontrol, en comparación con aquellos con normopeso. Por otra parte, el equipo de investigación consideró importante destacar que el 20% de los adolescentes, incluyendo los no obesos, presentaba preocupaciones por el peso e insatisfacción corporal, mientras que el 23% de estos últimos también refirió comportamientos alimentarios de riesgo, como la realización de dietas prolongadas, atracones y vómitos autoinducidos, lo que los investigadores interpretan como un indicador de insatisfacción corporal.

3.2 Definición y conceptualizaciones de la imagen corporal

Para avanzar en el término de imagen corporal se debe asumir primeramente que se trata de un constructo teórico multidimensional y que su descripción implica incluir varios factores. Raich (2004) agrega que es un término utilizado en diversas disciplinas, donde ha sido y es objeto de estudio, como la filosofía, la psicología, la psiquiatría, así como también la neurología, que introduce su postura como: la representación mental diagramática de la conciencia corporal. Desde esta perspectiva se plantea que en tanto exista un desorden en el funcionamiento cortical, la imagen corporal se altera. Otra concepción de la imagen corporal, diferencia que no es lo mismo una representación mental del cuerpo que los sentimientos y actitudes positivas y/o negativos que se tienen de él, pues en definitiva estos modifican el autoconcepto.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, Cash (2012) plantea una definición multidimensional de la imagen corporal, como un constructo en el que intervienen un conjunto de

variables de distintos niveles. Aunque en términos amplios se puede referir a imagen corporal como la forma en que una persona percibe su propio cuerpo, principalmente, pero no de manera exclusiva, su apariencia física; también incluye la experiencia de la propia integridad y competencia física. La dimensión relativa a la apariencia incluye dos facetas, la percepción y representación mental de distintos aspectos físicos y las actitudes relacionadas con dicha percepción. Se han desarrollado distintos métodos para evaluar la faceta perceptual, desde las siluetas para elegir entre ellas hasta programas que permiten cambiar parámetros para ajustar la apariencia de una figura digitalizada a la percepción que la persona tiene de su propio cuerpo. La faceta actitudinal, por su parte, es mucho más compleja e incluye creencias y tendencias de pensamiento, emociones y conductas. Se pueden reconocer aquí también dos aspectos: la evaluación en términos de satisfacción o insatisfacción con el cuerpo propio y la atención en términos cognitivos, conductuales y afectivos con respecto a la evaluación realizada. En conjunto, esto determina conductas y estrategias de afrontamiento y autorregulatorias.

Diversos factores influyen sobre la construcción de la imagen corporal, tales como los aprendizajes ocurridos en la socialización a la cultura de pertenencia; las relaciones interpersonales, en particular las que se dan dentro de la familia y con los pares; la experiencia vivida durante la pubertad en relación con los cambios físicos experimentados; como así también los rasgos de personalidad predominantes. Como resultado de la interrelación entre estos factores, las personas desarrollan de manera dinámica una imagen corporal, tanto en su aspecto perceptivo como actitudinal, lo que representa una base que interactúa con las nuevas influencias de algunos de estos factores para percibir, interpretar y reaccionar de una manera determinada a los distintos eventos vitales que ponen en juego la imagen corporal (Cash, 2012).

Otra forma de conceptualizar la imagen corporal propone tres variables, por un lado los aspectos perceptivos, que refieren justamente a la percepción del tamaño, peso y forma del cuerpo, ya sea en partes o en su totalidad. En segundo lugar, los aspectos cognitivos-afectivos, hacen hincapié a las actitudes, pensamientos, valoraciones y sentimientos que despierta ese cuerpo, es decir, desde una mirada emocional la imagen corporal genera experiencias de displacer, placer, disgusto, rabia, satisfacción, etc. Finalmente los aspectos conductuales derivan de la relación de los dos primeros asociados al cuerpo, pueden ser entonces su exhibición, la evitación, etc (Salaberria et al., 2007).

El estudio de la imagen corporal ha recibido gran consideración relacionando la

insatisfacción corporal como un factor predisponente a la distorsión de la propia imagen. Como es difícil establecer un corte entre lo normal y lo anómalo, se establecen criterios diagnósticos (Alteraciones perceptivas, alteraciones de aspectos subjetivos y aspectos varios) que permitan discernir las variaciones de la imagen corporal, siempre dependiendo del grado y repercusión que esta insatisfacción refleje en otros aspectos de la vida. (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

3.2.1 Insatisfacción corporal: Factores que influyen en la distancia entre imagen percibida e imagen ideal

En el modelo de la imagen corporal propuesto por Cash (2012) los juicios acerca de la satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo forman parte de la faceta actitudinal. De acuerdo con él, la insatisfacción corporal constituye un juicio valorativo de signo negativo sobre el propio cuerpo, basado en una discrepancia percibida entre la imagen construida de su cuerpo y una imagen ideal (Cash & Szymanski, 1995).

En la sociedad actual hay una manifestación de necesidad de perfección, necesidad de agradar para ser aceptado por los otros y necesidad de que los demás vean en la persona una apariencia física perfecta. Los principales promotores de un ideal de belleza que poco resulta alcanzable para la población son los medios de comunicación; y los sujetos que se ven expuestos a sus mensajes muchas veces experimentan la pérdida en el camino de una adaptación social y personal. La pretensión de estar satisfechos con nuestra imagen corporal enlaza la participación de nuestras percepciones, actitudes, creencias, sentimientos y comportamientos con nuestra apariencia física, y esta búsqueda de satisfacción ha generado que la mayoría de las personas demuestran una notable importancia por los cuidados del aspecto físico, inclusive a nivel estético (Medina Cascales, 2018). En relación con esta preocupación excesiva por el aspecto físico, Raich (2004) destaca el papel que representa la publicidad en nuestras vidas; cada anuncio ya no sólo vende productos, sino también valores, imagen y conceptos sobre amor, sexualidad, éxito y demás. Su objetivo poblacional apunta a las mujeres pues son quienes más se preocupan por su apariencia, por su percepción de belleza y están más expuestas a desarrollar sentimientos de insatisfacción por comparación con la imagen distorsionada que proyectan los medios. De esta manera, terminan siendo las principales consumidoras de este negocio. La publicidad muestra cuerpos culturales e irreales como sinónimo de esbeltez y salud, esta presión sociocultural termina educando acerca de los beneficios de esos modelos de cuerpo perfecto que no existen, y solo llevan a valorar el aspecto como lo más importante a considerar de una persona. La preocupación por alcanzar este ideal se

convertirá en una preocupación exagerada para mejorar la apariencia física y como consecuencia puede resultar en gran medida perturbadora e incapacitante.

En occidente, la imagen corporal perfecta la idealizan tanto hombres como mujeres, en los primeros se destaca una figura musculosa, corpulenta mientras que en las mujeres la idealización que construyen es hacia la esbeltez como sinónimo de bello y estilizado. Como consecuencia de la internalización de estos ideales, muchas personas terminan desarrollando conductas poco saludables, como por ejemplo la autoaplicación, es decir las forma de monitoreo del índice de masa corporal para encontrar el peso ideal, la autoprescripción de dietas restrictivas sin necesidad, pues no existe una receta efectiva para todos. En el caso de los hombres, otras conductas nocivas son la toma compulsiva de suplementos alimenticios y el exceso de actividad física (Medina Cascales, 2018). La baja autoestima, la depresión, la ansiedad social, las disfunciones sexuales, la inhibición, la contemplación de tratamientos quirúrgicos, entre otros, son algunas de las consecuencias que trae la insatisfacción con la imagen corporal (Salaberria et al., 2007).

Por lo expuesto en el análisis de Vaquero-Cristóbal et al. (2013), son las mujeres respecto a los hombres quienes se ven más influenciadas por los modelos de belleza e insatisfechas con su peso e imagen corporal; aunque su peso esté considerado dentro de los parámetros normales, la tendencia es a pesar siempre un poco menos, pues la relación que establecen es entre el bajo peso y sentirse atractivas, ya que perciben que esa es la imagen ideal de su sexo opuesto. La insatisfacción corporal y la vergüenza corporal son tan frecuentes en las mujeres de todas las edades que ellas mismas experimentan a lo largo de la vida graves problemas cognitivos, afectivos y conductuales. Así mismo se consideran centrales para el desarrollo de patologías alimentarias y se las asocia con niveles más altos de depresión y baja autoestima (Grossbard, Lee, Neighbors, & Larimer, 2009; Szymanski, & Henning, (2007). Esto no implica que los hombres no sufran las consecuencias de los altos estándares sociales, sino que la insatisfacción que sufren los hombres es distinta a la de las mujeres, mientras ellas buscan verse más delgadas, ellos buscan estar más fuertes.

Karazsia, Murnen y Tylka (2017) plantean un análisis de la insatisfacción con la imagen corporal a lo largo del tiempo, focalizando en las diferencias según género. Con un diseño de cohorte se evaluaron estas diferencias en distintos momentos de la investigación y, para poder cubrir mejor las diferencias de género, se evaluaron dos dimensiones de insatisfacción: insatisfacción orientada a la delgadez e insatisfacción orientada a la musculatura. Los resultados

mostraron una importante interacción entre el año de estudio y el género para predecir la insatisfacción orientada a la delgadez. Mientras que las niñas y mujeres puntuaron menos que los varones consistentemente, la diferencia se vio reducida a lo largo del tiempo ya que los puntajes de las mujeres se redujeron gradualmente. Por otra parte, los varones puntuaron consistentemente más alto que las mujeres en cuanto a insatisfacción orientada a la musculatura y no se registraron cambios en las puntuaciones a lo largo del tiempo. Entre las conclusiones, los autores señalan dos aspectos importantes para futuras investigaciones: en primer lugar, la importancia de considerar distintas formas de insatisfacción, atendiendo a variables sociodemográficas como el género; por otra parte, sugieren que también debería considerarse el factor cultural, en la medida en que los hallazgos reseñados indicarían que cambios en cuanto a aceptación de la diversidad a nivel de lo corporal podrían resultar en una disminución de la presión sobre niñas y mujeres de los modelos orientados a la delgadez, con un impacto a evaluar en la insatisfacción con la imagen corporal en este aspecto.

La preocupación irregular por la imagen corporal siempre estuvo influenciada por factores socioculturales, biológicos, ambientales y económicos. Tanto es así, que los medios de comunicación son una de las principales fuentes de difusión de ciertos valores e ideales corporales; patrones de belleza que son contruidos por los componentes culturales de cada época, y que se reducen a que los sujetos apropien las imágenes a conceptos de atractivo, éxito, popularidad y felicidad. La insatisfacción particular ha producido una obsesión colectiva que genera en el mercado un incremento en el número de tratamientos para modificar el cuerpo pues esta es mayor en personas con sobrepeso y obesidad. (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

3.2.2 *Imagen corporal en la obesidad*

La imagen corporal y la obesidad se encuentran relacionadas de diversas maneras. En principio, esta última no sólo tiene consecuencias sobre la salud física, sino que también representa una fuente de estrés psicológico, dentro del cual se puede considerar a la insatisfacción con el propio cuerpo como una de sus manifestaciones, lo que amerita que sea considerado por los especialistas. La mayoría de los estudios analizan la relación entre ambos fenómenos a un nivel correlacional, pero también es posible, y existen estudios al respecto, investigar la forma en que se da esta relación y los factores que influyen en ella. Schwartz y Brownell (2004), que han abordado estas cuestiones, sugieren que los avances en la materia se darán en la medida en que se profundice

la comprensión de la interacción entre las variables que pueden predecir la relación entre imagen corporal y obesidad, tanto los factores de riesgo como los protectores, así como aquellos que aumentan la comprensión del porqué la imagen corporal es algo importante tanto para la salud física como para el bienestar de las personas. De esta manera, se podrá aumentar la capacidad de intervención para solucionar los problemas con la imagen corporal de las personas que padecen obesidad e incluso prevenir la aparición de dichos problemas.

La mayoría de las personas con obesidad encuentran en la valoración de su imagen corporal una autoayuda para implementar estrategias que resulten en la reducción de peso, aunque algunas veces también experimentan la resistencia a los hábitos nuevos y les resulta difícil adaptarse aun cuando estén preocupados y deseen obtener un peso más saludable, esto se debe a que terminan infravalorando su grado de obesidad, es decir que perciben su figura por debajo de su IMC. El peligro que esto representa es que los sujetos que no se perciban como obesos reflejan que no se sienten amenazados por los riesgos que la enfermedad puede causar a su salud (Abad Massanet et al., 2012).

Los juicios valorativos podrían representar una alteración en la imagen corporal cuando aquella representación no se correlaciona con la apariencia física real, por ello son de suma importancia las autopercepciones que cada persona hace de las dimensiones reales de su cuerpo (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor & López-Miñarro, 2013). En relación con esta autopercepción, un estudio llevado a cabo en México, con una muestra probabilística de población adulta con representatividad a nivel nacional y regional, reveló que más del 90% tiende a subestimar su peso, aunque un porcentaje similar consideró que la obesidad es una enfermedad grave. Aunque la mayoría de los participantes tenían sobrepeso u obesidad en algún grado, casi las dos terceras partes consideraron que era poco o nada probable que desarrollaran obesidad en los próximos cinco años. Estos resultados ocultan diferencias significativas en función del sexo de los participantes: el porcentaje de mujeres que se percibió con sobrepeso u obesidad fue mayor, no sólo en comparación con los hombres, sino, lo que es más importante, en relación con las cifras reportadas por IMC. En cambio, sólo un porcentaje reducido de hombres se percibió con obesidad, aunque el porcentaje de hombres categorizados como obesos en función de su IMC fue mayor. Además, los hombres se percibieron con mejores hábitos de salud que las mujeres y con menor probabilidad de padecer obesidad en el futuro. Cabe señalar que una de las variables demográficas que se asoció en mayor grado con la percepción adecuada del peso corporal fue ser mujer. En las conclusiones del estudio,

se destaca que es cada vez más relevante el tener una percepción correcta del peso corporal y de las consecuencias del sobrepeso en la salud, ya que una percepción incorrecta puede llevar a conductas inapropiadas, sea cual sea el sentido del sesgo. Por ejemplo, las personas con un peso dentro de lo normal que se perciben erróneamente con sobrepeso pueden intentar dietas innecesarias o desarrollar conductas compensatorias, mientras que aquellas que teniendo sobrepeso se perciben con un peso normal pueden no sentir la necesidad de controlar su peso, aumentando el riesgo de desarrollar obesidad (Uribe-Carvajal, Jiménez-Aguilar, Morales-Ruan, Salazar-Coronel, & Shamah-Levy, 2018).

En una muestra de adolescentes españoles, López Sánchez, Suárez y Smith (2018) evaluaron la imagen corporal y la presencia de obesidad. El 34 % de hombres y el 18% de mujeres fueron clasificados en la categoría de sobrepeso/obesidad; sin embargo, el 61.2% de los participantes presentaron insatisfacción con su imagen corporal, con un 44% de los hombres y el 47% de las mujeres que manifestaron su deseo de ser más delgados. De acuerdo con estos resultados, la insatisfacción con el propio cuerpo tiene una mayor prevalencia que la obesidad objetivamente medida. Además, a mayor IMC mayor es la insatisfacción corporal de los adolescentes, especialmente en las mujeres, aún percibiendo en normopeso. Del total de 9 siluetas de la figura de Stunkard, la más frecuentemente elegida como imagen actual, tanto por hombres como por mujeres, fue la número 4, que justamente corresponde al normopeso. Con respecto a la imagen deseada, destacan como siluetas más elegidas la 4 y la 3. La tercera parte de los adolescentes desea tener una figura correspondiente a la silueta inmediatamente inferior (más delgada) a su silueta actual. En cuanto a los pacientes con mayores niveles de obesidad (figuras 6, 7, 8 y 9), la mayoría aspira a una figura de al menos dos siluetas más delgadas que la actual.

A pesar de buscarse el equilibrio del peso y la alimentación con patrones acordes, la insatisfacción con la imagen corporal acompaña desde el inicio a la obesidad e influye como factor de recaída (Salaberria et al., 2007).

3.2.3 Imagen corporal en el tratamiento de la obesidad

Shwartz y Brownell (2004) advierten que, mientras el sentido común indicaría que las personas obesas mejorarían su satisfacción con la imagen corporal después de bajar de peso. Sin embargo, no encuentran una asociación consistente entre el cambio registrado en la satisfacción y el peso perdido durante el tratamiento. El hecho de que en algunos estudios se dé la mayor satisfacción durante la etapa intermedia del tratamiento sugiere a los autores que la pérdida de peso

inicial genera una mejora en esta variable, pero que la pérdida de peso siguiente no tiene el mismo grado de efecto. La recomendación más importante que hacen con respecto a esta cuestión es que los tratamientos de reducción de peso incluyan la evaluación de la imagen corporal y un componente específico para mejorarla. Por otra parte, señalan la existencia de estudios, entre los que se encuentra el de Rosen et al. (1995), cuyos resultados sugerirían que es posible mejorar la satisfacción con la imagen corporal independientemente del peso perdido durante el tratamiento de reducción. Esto resulta importante para el tratamiento de la obesidad, en la medida en que todo indica que los tres componentes de la imagen corporal, perceptivo, cognitivo y conductual en esta parte de la población son más problemáticos.

En un estudio realizado en Portugal con 142 mujeres con sobrepeso y obesidad que participaron de un programa de tratamiento conductual, se halló que tanto los cambios en la insatisfacción corporal como en el estado de ánimo al inicio del tratamiento predijeron la pérdida de peso a largo plazo. En las conclusiones, los investigadores sostienen que junto con los cambios en el peso corporal, las variaciones en aspectos cognitivos y afectivos, influyen en el éxito del tratamiento, del cual pueden ser buenos predictores. Incluso independientemente de la pérdida de peso inicial (Palmeira et al., 2010).

Frente a la pobre efectividad de los tratamientos no quirúrgicos, la cirugía bariátrica (CB) se presenta como una alternativa en los casos en que los tratamientos nutricionales, psicológicos y combinados no dan resultados, lo que particularmente sucede en pacientes con obesidad mórbida. En estos casos la cirugía es una opción efectiva, aunque tiene implicaciones a nivel físico, psicológico y social. La mayoría de los pacientes obesos no toman la decisión de la CB por salud, sino por la mejoría de su imagen corporal, lo que informa que ésta es esencial en el manejo de la obesidad. Sin embargo, entre las implicaciones de la CB se destacan aquellas relativas a la imagen corporal (IC). En primer lugar, la rápida disminución de peso corporal que se obtiene como resultado de una cirugía de este tipo genera dificultades para que el paciente elabore una nueva imagen corporal (IC), ya que no tiene casi tiempo para reconstruir la representación de su propio cuerpo, lo que generaría cambios en la satisfacción corporal (SC) y en la forma de relacionarse con su entorno. Por ejemplo, los cambios esperados por los pacientes que deciden someterse a una CB son vistos como una oportunidad para ser aceptados por los demás y reinstalarse en la sociedad; sin embargo, después de ella, algunos pacientes se muestran descontentos por los resultados obtenidos, es especial por consecuencias como son el exceso de piel, la flacidez y las cicatrices. En

un estudio realizado en México, con un diseño pre-post CB, que incluyó a mujeres entre 18 y 24 años, halló que después de reducir su peso se había incrementado el sentido de autoconfianza y pertenencia, así como la satisfacción corporal; sin embargo, también había aumentado la visibilidad de detalles corporales ocultos por la obesidad y se detectaron dificultades relacionadas con la percepción del nuevo cuerpo. Las entrevistadas destacaron la relevancia del apoyo del equipo de salud mental en la adaptación a su nueva Imagen corporal, en la integración y la normalización de los cambios vividos (Cruzat-Mandich, Díaz-Castrillón, García Troncoso, & Díaz Paredes, 2019).

Un interesante estudio analizando la asociación entre el IMC real y el autopercebido, junto con la imagen corporal y la satisfacción corporal en población española con sobrepeso y obesidad que consultaban en busca de tratamiento (Godoy-Izquierdo et al., 2020). Se halló que existe una variedad de situaciones que deben ser consideradas al planificar un tratamiento. Estadísticamente, un 30% de las personas subestimaron su IMC, en relación con esta subestimación, se destaca que, si bien la mayoría eran sujetos con sobrepeso u obesidad que deseaban estar más delgados, en promedio informaron una percepción de un cuerpo con un ligero sobrepeso y una satisfacción corporal moderada. Los autores consideran que descubrir y considerar diferentes realidades individuales en relación con la imagen corporal es importante para implementar intervenciones terapéuticas adecuadas, que incluyan un aumento de la satisfacción corporal.

3.2.4 Intervenciones para mejorar la autopercepción de la imagen corporal

Abad Massanet et al. (2012) mencionan la imagen corporal positiva como un factor importante en una persona que realiza un tratamiento de reducción de peso, para que logre adoptar las actitudes adecuadas para su objetivo y poder mantenerlo en el tiempo. Por eso, Vaquero-Cristóbal et al. (2013) señalan que el desarrollo de tecnologías declina el nivel de actividad física en la vida cotidiana de las personas y, por el contrario, favorece un aumento del sedentarismo. Estudios que avalan los programas de intervención para prevenir la obesidad tienen como objetivo justamente mejorar la salud de los sujetos y la relación que sostienen con sus cuerpos, fomentan entonces como forma de intervención, el deporte. Esta compatibilidad entre la imagen corporal y el ejercicio físico, demuestra que este último se relaciona con una imagen corporal y una autoestima positiva que les permite a los individuos reconocer placer, diversión y goce corporal.

Un abordaje con modalidades didácticas e interactivas, desde una visión preventiva y promocional, puede ser el principal recurso para disminuir o modificar algunos de los principales riesgos; de tal forma que se recurra al método expositivo, al espejo por ejemplo, actividades de

discusión que generen ansiedad y confrontación con la imagen real y la imagen imaginaria, técnicas e intervenciones cognitivo-conductuales que fomenten un descubrimiento guiado y una retroalimentación de la imagen corporal que les permita admitir una postura positiva hacia su propio cuerpo y crítica hacia la presión social (Escoto Ponce de León, Camacho Ruiz, Rodríguez Hernández & Mejía Castrejón, 2010).

Mora Giral y Raich Escursell (2004) en su revisión de estudios de las intervenciones de las alteraciones sobre de la imagen corporal, incluyen como componentes terapéuticos: la 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.

Facchini (1999) señala algunas estrategias para mejorar la imagen corporal, desde brindar información (psicoeducación), realizar actividad física consciente con el propósito de conectarse con el cuerpo y lograr sentimientos de eficacia, o bien, estrategias específicas divididas en exteroceptivas y experienciales o interoceptivas, en las últimas propone ejercicios de relajación y respiratorios, terapia corporal y danzaterapia. Fomenta la terapia por el arte y las técnicas gráficas, cuya intención es poder unir el adentro con el afuera, cambiando las creencias negativas por pensamientos menos autocríticos, modificar el lenguaje corporal, exposición a situaciones para ver las conductas evitativas, y el psicodrama. Finalmente, 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, sosteniendo 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.

En la línea de trabajo basada en la conexión el cuerpo, se puso a prueba la efectividad de la práctica de pilates durante 16 semanas, tanto en el suelo (PS) como con aparatos (PA), para mejorar la imagen corporal en un grupo de mujeres adultas (Vaquero-Cristóbal, López-Miñarro, Alacid, González-Gálvez & Esparza-Ros, 2021). Se evaluó antes y después de las intervenciones la imagen

corporal, en distintas dimensiones, y las conductas alimentarias. Los resultados mostraron una reducción significativa de la insatisfacción con los glúteos, con la imagen corporal general, con la imagen percibida, la distorsión en la imagen percibida, las imágenes mental y afectiva percibidas, así como de la insatisfacción corporal, en sus dimensiones cognitiva y afectiva. No hubo diferencias significativas en los resultados entre el grupo que realizó pilates en el suelo y el que lo hizo con la ayuda de aparatos, con la excepción de un par de dimensiones entre las que se destaca la imagen mental percibida, en la que el grupo de PS, logró una mejoría más marcada con respecto al grupo de PA. En las conclusiones, las autoras explican que esto podría deberse al uso del espejo como herramienta para obtener feedback en la modalidad PS. Esto podría influir en que las practicantes ajustaran mejor su imagen percibida a la realidad.

Raich (2004) informa sobre los resultados obtenidos con una muestra de 51 mujeres con sobrepeso, implementando el tratamiento cognitivo- conductual de Rosen et al. (1995). La autoimagen mejoró significativamente por los cambios establecidos en los componentes perceptivo, actitudinal y comportamental. El tratamiento fue llevado a cabo por profesionales especializados en imagen corporal y trabajando con grupos de no más de cinco personas. La temática abarcó desde la definición del concepto de imagen corporal, los cambios subyacentes en los tres componentes y las futuras formas de prevención. El tratamiento completo incluyó seis técnicas tomadas del modelo cognitivo conductual. En primer lugar, se realizó un entrenamiento en la percepción corporal correcta; procurando desarrollar en los pacientes una mayor conciencia del propio cuerpo o de aquellas áreas que les preocupaban y respecto de las cuales tenían una mayor distorsión perceptiva. También se incluyó un componente de desensibilización sistemática, buscando que el sujeto emita respuestas nuevas que resulten adaptativas primeramente a la representación imaginaria que tiene como la de imagen real, ya sea en su totalidad, de partes corporales, o de situaciones que le produjeran sentimientos negativos con la apariencia física. También se realizó reestructuración cognitiva para detectar el contenido nocivo y perjudicial de los pensamientos negativos relacionados con la imagen corporal. Un componente importante en el tratamiento fue el de exposición, buscando que los pacientes pudieran hacer frente a todas aquellas situaciones donde suele prevalecer la evitación en primer lugar, agregando la prevención de respuesta para eliminar toda actividad o ritual de comprobación del cuerpo, como mirarse por horas en el espejo, subir a la balanza reiteradas veces en el día, o buscar en el otro una opinión confirmatoria del aspecto corporal. Finalmente, el tratamiento incluyó un componente de

prevención de recaídas, en donde se les pidió a los pacientes que brindaran el detalle de las situaciones que podrían generar malestar con la imagen corporal para promover la práctica de pensamientos opuestos, así como técnicas de relajación.

Escoto Ponce de León et al. (2010) resumen el efecto positivo de un programa basado en la Teoría Cognitivo Social, para la prevención de alteraciones (perceptuales, cognitivo-afectivo y conductual) de la imagen corporal y la promoción de una imagen positiva. Entre las técnicas utilizadas se mencionan el autoregistro, la discusión socrática, el descubrimiento guiado, el juego de roles y la meditación, entre otros. Se sostiene que durante este proceso de prevención se contempla el nivel de satisfacción que tiene cada persona con su cuerpo y las potencialidades existentes para fortalecer el vínculo con el mismo, de modo tal que se aprecie y se modifiquen las percepciones negativas. Además, se plantean los prototipos de belleza y la influencia que ellos tienen respecto de la satisfacción con la imagen corporal, alertando sobre los prejuicios existentes. De esta forma se construyen herramientas que permitan al individuo tener una opinión crítica sobre la imagen que intentan imponerle, entendiendo el rol de todos aquellos anuncios que venden un modelo de belleza. Ya en la última fase del programa se fomenta la estimación de los valores y la experiencia del amor propio, con la finalidad de que la persona pueda aceptarse a sí mismo y a su vez valorar las cualidades de los demás, sin permitir que esos valores se correspondan con su apariencia física.

4 Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo

4.2 Participantes

El estudio se llevó a cabo con una muestra de tres grupos de personas que participan de la terapia grupal en la institución privada, ubicada en Capital Federal y dedicada al tratamiento de la obesidad. Las reuniones de los grupos se realizan diariamente con una duración de 90 minutos. Cada uno de ellos está conformado por aproximadamente 15 a 20 personas, con algunos grupos que llegan a 30 participantes. La gran mayoría de los pacientes son de sexo femenino (90%), con un rango etario entre los 22 y los 71 años ($M = 48.13$, $DE = 11.85$). En cuanto al estado civil el 60% están en pareja (57% casadas), un 24% solteros y el resto divorciados o viudos. El 60% tiene estudios universitarios completos, el 20% terciarios y el 10% algún posgrado, por lo que sólo un

10% tiene secundario. En cuanto a su IMC el 67% de la muestra tiene sobrepeso y un 33% obesidad.

Los grupos de descenso son coordinados por tres psicólogos que se reúnen en diferentes días y horarios, cuentan con años de experiencia trabajando en la clínica y los mismos fueron entrevistados para este trabajo. En el desarrollo del mismo se los identificará con un número:

P 1: mujer, 53 años, psicóloga formada en la Universidad de la Marina Mercante y con posgrado en psicoanálisis. Tiene 28 años de experiencia trabajando en la institución.

P 2: mujer, 58 años, psicóloga formada en la Universidad de La Plata y especializada en psicoanálisis. Se desempeña en la institución desde hace 23 años, coordinando los grupos terapéuticos de descenso y mantenimiento.

P 3: mujer, 67 años, psicóloga formada en la Universidad de Buenos Aires, especialista en adicciones.

4.3 Instrumentos

Observación no participante de terapias de grupo de descenso en una clínica que se dedica al tratamiento de la obesidad.

Entrevistas semi-estructuradas realizadas a los profesionales de psicología que trabajan en la institución coordinando los distintos grupos de descenso respecto al concepto de imagen corporal y la importancia de intervenir sobre la misma en los grupos terapéuticos, su nivel de formación profesional, su experiencia en el área de psicología, su tiempo de trabajo en el Centro, contribución y estrategias para una imagen corporal positiva.

Escala de las Siluetas de Stunkard y Stellar (1990) como herramienta para indagar sobre la autopercepción de los pacientes sobre su imagen corporal y su imagen ideal. El instrumento consta de nueve figuras humanas ordenadas de menor a mayor, de izquierda a derecha, según el IMC que representan. Para la evaluación el sujeto debe elegir la figura que considera representativa de su imagen corporal y aquella a la que aspira como imagen ideal.

4.4 Procedimiento

La recolección de información se llevó a cabo en la institución referida, bajo el consentimiento informado de los participantes.

La observación abarcó las reuniones de tres grupos de descenso de manera semanal durante tres meses. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas al personal profesional; psicólogos de la institución, con una duración aproximada de 30 minutos. Los ejes de las mismas fueron: formación profesional, orientación terapéutica, importancia de la imagen corporal para la obesidad, valoración de las intervenciones para generar cambios en la autopercepción de los pacientes y estrategias orientadas a lograr esos cambios. Las entrevistas fueron desgrabadas para realizar un análisis de contenido en función de cada uno de los objetivos específicos.

Además, se llevó a cabo una reunión previa y breve de 5 minutos explicando cómo sería la administración de la escala de las siluetas de Stunkard y Stellar (1990). La aplicación de este instrumento determina la autopercepción de la imagen corporal y la imagen ideal, de una forma sencilla, con una duración aproximada de 8 minutos. Para ello, los pacientes eligieron la figura que más se aproximaba, según su percepción, a su silueta y también la silueta a la que les gustaría parecerse. Con esta información se cargó una base de datos, agregando el IMC real. Se calculó también una variable como representativa de la distancia entre la imagen autopercebida y la real haciendo la diferencia entre el número de figura elegida como actual y el número de la elegida como ideal (por ejemplo, si alguien elegía la figura 8 como su estado actual y la 5 como ideal al que le gustaría llegar la diferencia era igual a 3).

5 Desarrollo

5.1 *Autopercepción de la imagen corporal e imagen ideal en pacientes en tratamiento de reducción de peso*

Para analizar la autopercepción de la imagen corporal de los pacientes y la imagen a la que aspiran se utilizaron las figuras de Stunkard y Stellar (1990). Las Tablas 1 y 2 muestran las frecuencias absolutas y porcentuales para las respuestas de los participantes distinguiendo entre pacientes con sobrepeso y con obesidad. El primer grupo estuvo conformado por 20 pacientes de ambos sexos con un IMC promedio de 27.40 (± 1.58) y el grupo con obesidad por 10 pacientes con una media de 32.6 (± 2.38).

En el caso de los pacientes con obesidad, la figura predominantemente elegida como autopercepción fue la número 5, seguida por la número 6. Entre ambas cubren el 80% de este grupo. Considerando que, de acuerdo con la distribución del IMC, estas figuras corresponden a sobrepeso; esto estaría indicando una subestimación de su peso corporal por parte de los pacientes obesos. En cuanto a la figura deseada, el 60% aspira a una figura 3 y un 30% a la figura 2. Sólo un 10% eligió

la figura 5 como ideal, pero se trata del único paciente de la muestra que padece obesidad de grado II. Estos resultados son similares a los hallados en el citado estudio de Uribe-Carvajal et al. (2018) en donde un 90% de una muestra representativa de adultos mexicanos subestimó su peso corporal.

Al analizar la diferencia entre imagen autopercebida y deseada, en promedio los pacientes con obesidad proyectaron un descenso de casi tres figuras ($M = 2.90$; $DE = 1.32$). Esto podría interpretarse como un indicador de que, aunque no lo hagan explícito y se perciban con un menor IMC que el real, son conscientes de su exceso de peso.

Tabla 1. Figura autopercebida y deseada. Pacientes con obesidad. Frecuencia absoluta y porcentaje.

Autopercebida			Deseada		
Figura N°	FA	%	Figura N°	FA	%
5	5	50	2	3	30
6	3	30	3	6	60
7	1	10	4	0	0
8	1	10	5	1	10

Con respecto a los pacientes con sobrepeso, en la Tabla 2 se observa que el 50% eligió como figura representativa de su imagen corporal a las siluetas 5 y 6 que efectivamente corresponden a esa clasificación, es decir que la mitad de este grupo estimó adecuadamente su peso corporal. Lo destacable en este caso es que hay un 15% que sobreestiman su peso, eligiendo la figura 7, que en realidad corresponde a obesidad. En consecuencia, el 35% restante son aquellos que subestimaron su peso corporal eligiendo la figura número 4.

Analizando la diferencia entre la figura elegida como representativa de la imagen corporal y la figura deseada en este grupo se dio un promedio cercano a 2 ($M = 2.25$; $DE = 0.79$). Como resulta comprensible, las personas con sobrepeso aspiran a bajar menos de peso.

Tabla 2. Figura autopercebida y deseada. Pacientes con sobrepeso. Frecuencia absoluta y

porcentaje.

Autopercebida			Deseada		
Figura N°	FA	%	Figura N°	FA	%
4	7	35	2	7	35
5	8	40	3	11	55
6	2	10	4	1	5
7	3	15	5	1	5

En la investigación realizada por López-Sánchez et al. (2018) con adolescentes españoles, utilizando un formato similar para analizar la relación entre imagen percibida e imagen ideal, se halló también un alto porcentaje de sujetos que subestimaban su peso corporal. La figura más elegida, tanto por hombres como por mujeres, como representativa del peso real fue la número 4, tal como en este estudio ocurrió con el grupo de pacientes con sobrepeso. Con respecto a la imagen deseada, en esa investigación las más elegidas fueron la 4 y la 3, mientras que en la muestra analizada esta última fue la elegida tanto por pacientes con sobrepeso como por los que padecen obesidad. En cuanto a la diferencia entre imagen percibida e imagen ideal, la mayoría de los adolescentes con sobrepeso en el estudio español dijeron aspirar a una figura inmediatamente más delgada que la actual, mientras que los pacientes con obesidad desean mayoritariamente una figura de al menos dos siluetas más delgadas. En este trabajo se observó que en ambos grupos se desea un descenso de peso mayor a este, de 2 y 3 figuras en promedio, para pacientes con sobrepeso y obesidad, respectivamente.

5.2 Importancia de la intervención sobre la imagen corporal, según la perspectiva de los profesionales

Al preguntársele sobre la importancia de la imagen corporal en el tratamiento de la obesidad, la profesional P 1 sostiene que “ese es un tema que a mí me hace ruido”. Explica que en los pacientes obesos, por lo general, no hay un buen registro de su imagen corporal. De acuerdo

con su experiencia, dice, “por eso pueden llegar a pesar 100 kilos de más, porque no los ven”. Como parte del tratamiento, considera importante que el trabajo terapéutico que se hace les permita a los pacientes tener otro registro de su cuerpo; “a partir de este registro de la imagen va a prender la alarma en 2 kg y no en 40”. Con una perspectiva similar, la profesional P 2 afirma que a aquellos pacientes que llegan a ser obesos “evidentemente mucho la estética corporal no les importó, porque a una persona que le importa le sirve de límite para no engordar. Si te importa cuidar eso, no vas a subir de peso, seguramente vas a preferir no comer la segunda porción de torta”. Estas afirmaciones coinciden con lo que Abad Massanet et al. (2012) sugieren sobre la relación entre la infravaloración de su grado de obesidad que hacen algunos pacientes y la falta de reacción frente a los riesgos que implica el avance de la enfermedad. Algunas pacientes pueden llegar incluso a adaptar su vida al aumento de peso, comprando talles de ropa más grandes, un sillón o una cama más grandes. “Hasta el auto más grande, dice P 1, las chicas dicen cosas como ‘las toallas vienen cada vez más chicas’”. Esta actitud frente al aumento de peso se puede explicar, según P 2, porque muchas personas con obesidad priorizan otros valores a la estética corporal. “Hay toda una parte discursiva a nivel cultural que tiene que ver con que lo más importante de la vida pasa por otro lugar, entonces empiezan con frases tales como ‘Lo importante es lo de adentro’, ‘Lo importante es ser una buena persona, si sos gordo o sos flaco no importa’ y la gente se olvida que la obesidad es una enfermedad”.

Un ejemplo extremo de las dificultades que una persona con obesidad puede llegar a tener para percibir adecuadamente su cuerpo es relatado por la P 1. Una mujer que concurría a la clínica encargó que le hicieran un vestidor y cuando instalaron el espejo se quejó porque decía que deformaba la imagen, que era de muy mala calidad. La persona que contrató le propuso cambiarlos por un espejo importado de mejor calidad y ella aceptó; pero cuando estuvo instalado el nuevo espejo, a ella le siguió pareciendo que la imagen era mala. El encargado del trabajo le dijo que sólo le quedaba la opción de comprar un espejo alemán de la mejor calidad posible, pero ella se enojó y terminó peleando con el hombre. Pasado el tiempo, y después de haber bajado de peso en la clínica, se encontró con él y le pidió disculpas, porque en realidad los espejos no deformaban, sino que era su imagen lo que estaban reflejando, aunque era una imagen que ella no aceptaba. Cuenta que la mujer le dijo a esta persona “ahora que empecé a hacer un tratamiento me di cuenta”. Además de las características desmesuradas de este ejemplo, se puede considerar que no se corresponde con lo esperable según el género de las personas con obesidad. En términos generales, la influencia de

la cultura hace que las mujeres tiendan a percibir el sobrepeso en mayor medida que los hombres y presenten mayor insatisfacción con su imagen corporal (Shwartz & Brownell, 2004). Por otra parte, algunos estudios muestran que las mujeres tienen una percepción más adecuada de su peso corporal que los hombres (Uribe-Carvajal et al., 2018). En una de las entrevistas, P 2 afirmó que “La mujer es más crítica de su cuerpo que el hombre y cuando tiene tanto sobrepeso siente que ha perdido la sensualidad. En especial las mujeres que pasan los 40 tienen esta cosa que yo llamo ‘inspeccionarse’ en lugar de mirarse”. Una forma de modificar esto, según la psicóloga, es trabajando personalmente y simultáneamente sobre la representación y las actitudes con respecto al cuerpo. “Por ejemplo, una paciente pudo recuperar esa sensualidad que sentía que había perdido, haciendo pequeñas cosas, una de ellas era que se pintaba los labios de rojo, cosa que jamás había hecho, también se arreglaba distinto, con otra vestimenta que no era la típica de color negro y cosas así”.

Una fuente de diferencias en cuanto a la dificultad que tienen algunos pacientes para asumir una imagen con exceso de peso puede estar relacionada con algo que una de las profesionales destaca, la distinción entre aquellas personas que padecen obesidad desde su infancia y las que la desarrollaron después de alcanzar la edad adulta. Las segundas, de acuerdo con el testimonio de P 1, “tienen problemas para entrar al tratamiento, porque su imagen interna es de delgadez; entonces vos le decís: ‘vamos a un grupo de obesidad’ y él piensa: ¿Yo con los gordos?”. Estas personas, que construyeron su imagen corporal antes de subir de peso, pueden tener dificultades para cambiarla cuando lo hicieron. Aún en los casos en que llevan años con sobrepeso, no se ven de esta manera. Por eso, explica P 1, “cuando escuchan los relatos en los grupos, se asombran, se deprimen, se angustian mucho, porque empiezan a darse cuenta que tienen un problema que no creían tener”.

Según P 1, es completamente diferente lo que sucede con los pacientes que han padecido de obesidad infantil. Contrariamente a lo que se describió para el caso de las personas que desarrollaron obesidad de adultos, el paciente con obesidad temprana “tiene más problemas para salir del tratamiento, que para entrar”. Esto significa que aceptan como algo normal el hacer dieta, porque es lo que han hecho toda su vida, pero cuando logran el descenso esperado, no se reconocen. Dice la profesional entrevistada que “es como que la obesidad les talló la identidad, la imagen, entonces en esa delgadez no se reconocen. El obeso infantil tiene que hacer un laburo tremendo con armar una imagen en la delgadez”. Diversos estudios muestran la relación entre obesidad temprana e insatisfacción corporal (Shwartz & Brownell, 2004), destacando la importancia que

niños y adolescentes le conceden al ser aceptados por sus pares y el impacto que tienen la estigmatización y el rechazo sobre la insatisfacción corporal y, en consecuencia, sobre su autoestima (Freyre et al., 2020; López Sánchez et al., 2018); sin embargo, no se plantea claramente que esta experiencia fije una imagen corporal asociada con la obesidad y haga más difícil modificarla en el marco de un tratamiento de descenso de peso. Aunque en otros estudios acerca de la relación entre obesidad, imagen corporal y autoestima en la adolescencia (Duno, & Acosta, 2019) se sostiene que la construcción de la identidad y la adquisición de hábitos en esta etapa de la vida es decisiva y se refleja en la etapa adulta.

Una de las pacientes, que tuvo un descenso de peso importante, destaca la importancia que para ella tuvieron las intervenciones sobre la imagen corporal, recordando el taller, especialmente diseñado para ello, que se daba en la institución. “Yo asistí al taller de imagen corporal porque tuve que trabajar mucho sobre mi imagen corporal, en los grupos de mantenimiento y en los grupos de descenso. Fue difícil para mí porque yo nunca había sido flaca de adulta, siempre había sido como gordita, toda la vida, entonces cuando llegué a mi peso para mí fue como muy abrupto”. Las dificultades de esta paciente para adaptar su imagen a su nuevo cuerpo y el malestar que le generan, coinciden con la advertencia de Schwartz y Brownell (2004) acerca de la falta de una asociación consistente entre descenso de peso y aumento de la satisfacción con la imagen corporal y justifican su recomendación de incluir en los tratamientos de reducción de peso un componente específico para mejorar la imagen corporal. Frente a una pregunta directa acerca de la importancia que para ella tenía su imagen corporal, la paciente responde que “yo tengo como muchos sentimientos encontrados respecto a esto de la imagen corporal” y continúa explicando: “siempre fui gordita, pero no me terminaba de aceptar como gordita”. En su explicación la paciente aclara que no le importa la imagen corporal, que “la apariencia física es superficial” y que ella no es una persona superficial; sin embargo, insiste con esta incomodidad que le generaba ser “gordita”, algo que “me hacía ruido y me angustiaba”; incluso llega a decir que estaba decepcionada de ella misma por “sentir que me importe ser gorda. porque a mí no me importa la imagen”.

Otra de las profesionales que trabajan en la institución (P 2) coincide en la importancia que le otorga a la imagen corporal en el caso de los pacientes obesos que tienen grandes descensos de peso: “Vos no sabés cómo se necesita alguien que sepa de imagen corporal, porque cuando los pacientes bajan tanto de peso y llegan a mantenimiento, el cuerpo con el que se encuentran no les coincide con el del ideal, entonces les agarran unas angustias que ni te cuento”. De acuerdo con la

definición de insatisfacción corporal que dan Cash y Szymanski (1995), según la cual ella proviene de una discrepancia entre la imagen percibida del cuerpo y una imagen ideal, esta afirmación de la psicóloga implica que subsiste una insatisfacción corporal en los pacientes que logran alcanzar su objetivo de descenso de peso, aunque sea de una manera diferente a la que tenían antes de iniciar el tratamiento. Este ideal al que hace referencia P 2, si bien es algo propio de cada paciente, tiene una fuerte influencia de los modelos culturales. En este sentido, los medios de comunicación masiva son los principales impulsores de dichos modelos, que tienen un importante impacto en los ideales a nivel individual, favoreciendo las comparaciones y los esfuerzos para satisfacer el mandato sobre un ideal estético que se manifiesta en actitudes, sentimientos y comportamientos (Medina Cascales, 2018). Al respecto, Raich (2004) describe la estrategia de la publicidad como un intento de vender imágenes y valores acerca de la belleza, la sexualidad y el éxito, para maximizar la venta de productos, apuntando de manera privilegiada a las mujeres. De hecho, P 2 afirma que esto se da “sobre todo en las mujeres, porque empiezan, ‘ay sí, estoy flaca pero tengo toda la panza colgada’ o ‘me quedaron las piernas flácidas o la cara caída’”. La mayor incidencia de insatisfacción corporal entre las mujeres es algo que se ha corroborado en numerosos estudios (Shwartz & Brownell 2004; Vaquero-Cristóbal et al., 2013) De acuerdo con Vaquero-Cristóbal et al. (2013), las mujeres tienden a ser más influenciadas por los modelos de belleza y, por lo tanto, tienen más probabilidades de sentirse insatisfechas con su imagen corporal.

Considerando todo lo anterior, las intervenciones orientadas a la imagen corporal son de gran importancia en el marco de un tratamiento de descenso de peso. De acuerdo con P 1, lo que para una persona que toda su vida tuvo un peso normal es esperable en cuanto la adecuación de su imagen corporal, para alguien que lleva años con exceso de peso es muy difícil de lograr. “Al obeso infantil le empiezan a caer las fichas cuando logra su peso ideal, empieza a elegir un estilo de flaco que quiere ser (Pero) tiene que aprender a puro dolor, porque esta afectada su identidad. Si hacen un laburo de buena terapia pueden llegar a reconocerse. Un paciente me decía: ‘yo todavía no me reconozco muy bien, pero ahora por lo menos, si me veo en el espejo, ya me saludo’. Esto te da una idea de lo difícil que puede ser para ellos acomodarse a su nuevo cuerpo”. Aunque en este fragmento de entrevista la psicóloga destaca la importancia del trabajo terapéutico para lograr una imagen corporal que acompañe los logros alcanzados a través del tratamiento de descenso de peso, no aclara cuáles son las características o los componentes de lo que llama un buen trabajo de terapia. P3, por su parte, describe un fenómeno muy particular que se da cuando las pacientes

alcanzan la etapa final del tratamiento de descenso. “En muchos casos, dice, después de bajar unos 10 kilos los pacientes se empiezan a ver gordos, más incluso que cuando llegaron a la clínica. Durante el descenso no les importa tanto, están muy ocupados en bajar, tienen la ilusión del final, ‘cuando llegue voy a estar más linda, cuando llegue voy a estar mejor’. Este efecto se puede relacionar con lo que informan Shwartz y Brownell (2004) acerca de las mejoras en la satisfacción corporal, que serían más pronunciadas al inicio del tratamiento y que no responderían igual a la pérdida de peso en una etapa posterior. P 3 también señala que la preocupación mayor de los pacientes por la estética comienza cuando llegan a su peso objetivo y menciona algunos aspectos que es necesario trabajar. “El problema empieza cuando llegan (a ese peso objetivo) y sus ilusiones no se cumplen en su totalidad o se cumplen parcialmente. Ahí es cuando hay que empezar a trabajar con la cuestión estética, porque ese cuerpo que quedó, tiene que ser aceptado, cuidado, tiene que empezar a gustar”. Este último testimonio termina planteando una forma particular de abordar el trabajo con la imagen corporal, que recuerda el planteo de Facchini (1999), que propone servirse de técnicas que ayuden a conectar con el cuerpo y disfrutar de él como fuente de placer, independientemente de la cuestión estética. De esta manera, dice Facchini, se promueve el respeto, el amor, el cuidado, la aceptación y autovaloración; conceptos que resuenan con las palabras de la profesional entrevistada.

Considerando que existen estudios que muestran que cambios positivos en la satisfacción corporal y variables afectivas desde las primeras etapas del tratamiento tienen un efecto significativo sobre el éxito del mismo (Palmeira et al., 2010), es importante que el trabajo con la imagen corporal se inicie más tempranamente. Esto es especialmente necesario cuando la magnitud del descenso de peso implícito en los objetivos permite prever un impacto sustancial sobre dicha variable. Esto se encuentra en el testimonio de P1, quien cuenta que: “No es lo mismo asumir la delgadez para alguien que bajó 10 kilos que para alguien que bajó 50, 60 o 70 kilos. Tampoco es lo mismo bajar 20 kilos con 40 años que bajar esos 20 kilos con 20 años menos, pero la ilusión es que sí. Entonces por lo general, la angustia no les pasa por tener que construir una imagen de delgadez, si no por tener que aceptar el cuerpo que encontraron, incluido el paso del tiempo”. En los casos mencionados se hace necesario comenzar a preparar a los pacientes para afrontar ese proceso de construcción de una imagen corporal que los satisfaga antes de que estos cambios comiencen a generar sentimientos negativos, como la angustia a la que hace referencia P 3, que podrían afectar el tratamiento.

5.3 Describir las intervenciones de los coordinadores para mejorar la autopercepción de la imagen corporal en los pacientes

Al entrevistar a las coordinadoras con el objetivo de conocer cuáles son las intervenciones a las que recurren para mejorar la autopercepción de la imagen corporal de las pacientes, P1 aporta una enumeración que puede sintetizarse como la búsqueda de parámetros de comparación distintos de la imagen que habían construido de su cuerpo anteriormente. Como se vio en el apartado anterior, la dificultad para modificar esa imagen es lo que hace que muchas veces, aun habiendo bajado exitosamente de peso, no puedan lograr un mayor grado de satisfacción con su cuerpo y, en algunos casos, ni siquiera puedan modificar esa imagen. En este caso, las intervenciones apuntaron a este último aspecto, que si bien no es independiente del grado de satisfacción, se puede distinguir de él según el modelo de imagen corporal de Cash (2012). Según cuenta la profesional: “Yo les aconsejo que midan la ropa, que pongan, por ejemplo, arriba de la cama un pantalón de su talle más grande, y arriba un pantalón de su talla actual, y si tienen uno que todavía no les entra que vaya arriba. La idea es que marquen de alguna forma la evolución del contorno”. A través de estas propuestas, según P 1, se busca que puedan cambiar su percepción con la ayuda de una referencia externa. De acuerdo con el modelo de Cash (2012) esta intervención apuntaría a la dimensión de apariencia de la imagen corporal, específicamente a la faceta perceptiva, base sobre la que se construye una representación mental del cuerpo. Las dificultades para construir una representación mental de un cuerpo delgado requerirían de una percepción acorde, las referencias externas son una forma de ayudar a las pacientes a lograr esa percepción del cambio, cuando la imagen de gordura está muy fuertemente grabada. P 3, enumera algunas de estas herramientas que sirven para “objetivar la imagen”, describiendo este modo de abordaje de la imagen corporal como “tratando de trabajar de afuera hacia adentro”.

Otra de las profesionales señala que así como algunos pacientes tienen dificultades para percibir el cambio producido por el tratamiento, otros pueden tener una percepción errada, pero de signo contrario, es decir percibirse con menos peso que el real. De acuerdo con su experiencia, hay una asociación entre estas percepciones y el grado de sobrepeso. “Lo que siempre observo es que la gente que tiene pocos kilos de más se ve más gorda de lo que está y la gente que tiene muchos kilos se ve más flaca de lo que es, es como una fija esto”. En los casos en que una paciente tienda a tener esta última forma de distorsión, la intervención para ajustar la percepción tendría como meta mostrarle la diferencia entre el estado actual y el objetivo deseable.

Con respecto al uso de fotos como forma de referencia, P 1 da un ejemplo de intervención en este sentido recurriendo a esta herramienta. “Una vez con una hiper-obesa que le faltaban 10 kilos para lograr su objetivo y que estaba pensando en abandonar el tratamiento porque ya se veía divina, se sentía bien, le sugerimos que le diga al marido que le saque fotos en bombacha y corpiño, de frente, de espalda, en distintos movimientos, hasta tendiendo la ropa. Cuando vio las fotos le cayó la ficha y bajó los 10 kilos que le faltaban”. Esta intervención, que a diferencia de las anteriores se propone destacar lo que falta para lograr el objetivo de descenso de peso más que ayudar a percibir el cambio, funciona en alguna medida como forma de prevenir las recaídas y fomentar el cuidado durante la etapa de mantenimiento, ya que un aumento prematuro, aunque justificado, en la satisfacción corporal en este caso podría llevar a no sentir la necesidad de controlar el peso, algo que podría aumentar el riesgo de recaídas (Uribe-Carvajal et al., 2018).

Otra forma de referencia es el uso del espejo, con distintas variantes. P 3 cuenta que les habla mucho de que se miren en un espejo. “Hay pacientes que no se miran al espejo. Me ha pasado que algunas me cuentan que tienen solo el espejo del baño, o sea un espejo de rostro. Entonces yo les digo que compren un espejo completo, este es un primer desafío para acercarse a ellas mismas. Pasó con una paciente y al final, verse en el espejo más seguido le ayudó mucho con su seguridad, se veía y se sentía linda, Ella misma decía: ‘El tratamiento no sólo me ayudó a sacarme peso de encima, sino a también a empezar a mirarme de otro modo, a fortalecer mi autoestima, y a empezar a cuidar mi salud y mi vida”. La psicóloga también cuenta que en los casos de pacientes que se siguen viendo gordos aun después de haber bajado varios kilos, les recomienda que hagan actividad física frente a un espejo. De esta manera pueden ir viendo su evolución. Sin embargo, esta es una intervención que requiere considerar las características de cada paciente para evaluar su conveniencia. Coincidiendo con lo que plantea Raich (2004), algunas personas con obesidad evitan mirarse al espejo, mientras que otras lo hacen compulsivamente. La psicóloga utiliza como alternativa una forma más externa de referencia, que es la comparación con el cuerpo de otros, algo que es posible haciendo clases grupales. “A las pacientes que tienen dificultades para apreciar su propio cuerpo les recomiendo que lo comparen con el de otros. Por que me ha pasado, con pacientes que estaban flacos y empezaron hacer gimnasia aeróbica en un espejo y se angustiaron muchísimo porque veían sus piernas y no las veían como propias, por ahí es mejor que se comparen con otros”. En los casos en que surge esta angustia al no poder reconocerse en el cuerpo tal como queda después de un importante descenso de peso, se puede trabajar con técnicas específicas como puede ser la

atención plena, teniendo en cuenta que Adams et al. (2013) encontraron que el uso de grabaciones para la meditación ayudaba a disminuir el afecto negativo y la insatisfacción con la imagen corporal, especialmente cuando se utilizaban como complemento para el trabajo con la exposición al espejo. También podría recurrirse a la desensibilización sistemática frente al espejo, técnica incluida en algunos abordajes cognitivo conductuales de la imagen corporal (Mora Giral & Raich Escursell, 2004).

Un último ejemplo de referencia externa para ayudar a los pacientes a percibir su cuerpo y construir una representación mental adecuada es mencionado por P 2 como parte de un taller específicamente diseñado para trabajar sobre la imagen corporal. Se trata de una actividad en la que, siguiendo las instrucciones de cada paciente, un compañero coloca dos sillas a una distancia del mismo con la separación suficiente para que el primero entre ellas. “Lo que sucede en la mayoría de los casos es que no pasan”. En actividades como la mencionada se puede apreciar la alternativa del trabajo grupal, bajo la forma de talleres participativos. La psicóloga ofrece otros ejemplos de actividades en las que lo grupal puede aportar un componente adicional a las intervenciones para mejorar la percepción de la imagen corporal, por medio de la interacción y el intercambio de las experiencias. Como ejemplo de esto, en el mismo taller se proponía que un compañero le dibujase con una tiza el contorno a cada participante, luego cada cual observaba durante unos segundos el dibujo y finalmente, sentados todos en círculo, compartían con el resto su impresión, si era más o menos lo que esperaban ver o no. Una de las psicólogas dice que esta era una buena oportunidad para que los pacientes hablaran de temas que generalmente evitan, como son las cosas que no les gustan de su propio cuerpo. Otra actividad similar implicaba el uso de láminas en tamaño real con figuras de personas con distintos IMC, algo similar al test de las figuras utilizado en este trabajo, y les decía que cada uno pensara cuál de esos dibujos correspondía a su propia figura. Luego volvían a compartir sus impresiones, ya fuera que habían elegido una figura adecuada a su cuerpo o bien se veían más gordos o más delgados. Con la misma dinámica se hacían otras actividades, como una en la cual la evaluación de la propia imagen corporal se hacía a través del manejo de espejos regulables. Nuevamente, desde una perspectiva cognitivo conductual estas intervenciones se pueden tomar como formas de evaluar las percepciones de la imagen corporal con el objetivo de detectar alteraciones sobre las que se pueda trabajar conjuntamente con técnicas de reestructuración cognitiva (Mora Giral & Raich Escursell, 2004).

En otra línea, más relacionada con la percepción a nivel físico se encuentra una intervención

relatada por una de las psicólogas que corresponde al tipo de estrategias exteroceptivas y experienciales mencionadas por Facchini (1999). En esta actividad grupal, dice P 3, “se les pidió a las pacientes que trajeran una mochila y botellas de gaseosa vacías para llevar con agua hasta representar el peso que cada una de ellas había bajado hasta ese momento del tratamiento. Cargando la mochila, tenían que hacer algunos ejercicios físicos, por ejemplo subir y bajar de un escalón. No sabes la reacción. Recuerdo una chica que había bajado 30 kilos y cuando experimentó eso no podía creer que había tenido todo ese peso encima, que había soportado todo eso”. Además de permitir una mejor conexión con el cuerpo y modificar el lenguaje corporal, aspectos destacados por Facchini (1999), una intervención de este tipo es útil también para mejorar la percepción del cambio experimentado por los pacientes.

En las reuniones de los grupos de descenso, en donde se plantean los problemas de los pacientes para seguir adelante con el tratamiento y se hace un seguimiento, no es fácil introducir este tipo de intervenciones de manera oportuna y considerando las necesidades de cada paciente. Quizás por este motivo dos de las psicólogas entrevistadas coinciden en la importancia de volver a incluir talleres específicos como el que se describió anteriormente y que desde hace dos años no se llevan a cabo en la institución. P 1: “Por eso sería bueno que se hagan talleres, para que se vayan sugiriendo este tipo de ejercicios y demás, primero que haya alguien especializado, que los sepa hacer y segundo, que tenga la habilidad para introducirlos muy gradualmente”. Por su parte, P 3, que también propone la inclusión del taller de imagen corporal, ofrece el ejemplo de un paciente con serias dificultades para cambiar su imagen corporal, tanto que podría decirse, utilizando las palabras de otra de las profesionales, que “la obesidad le talló la identidad”: “Un paciente que había bajado como 60 kilos conoció una chica una noche en un boliche y después en un momento estaban en el auto y él le mostró el carnet de conducción y le dijo: ‘mira, en realidad este que ves ahora no soy yo, yo soy este de la foto’. ¿Me entendés? Es como que no pueden hacerlo propio, les cuesta...en estos casos hay que trabajar mucho en la construcción de la imagen, para eso son necesarios los talleres de imagen corporal”. Tal como señalan Schwartz y Brownell (2004) basándose en estudios previos que incluyen el trabajo pionero de Rosen et al. (1995), es posible trabajar para mejorar la satisfacción con la imagen corporal de las personas con obesidad de manera paralela, e incluso independiente, a las intervenciones para el descenso de peso.

El grupo de pacientes que más necesita de intervenciones específicas, como las que forman parte de un taller, es el de aquellos que bajan decenas de kilos. Muchos de ellos, al encontrarse con

cosas en su cuerpo como las mencionadas hasta aquí, quieren resolverlo con una cirugía estética. Al respecto, P 1 sostiene que “La clínica considera que tienen que esperar por lo menos 1 año para operarse, siguiendo con el tratamiento en fase de mantenimiento. Primero, porque a veces hay cosas que se arreglan, hay cuerpos que son muy nobles y cambian mucho con la actividad física y la dieta. (...) Si es algo que no se puede cambiar por estos medios, es distinto; pero es muy importante que antes de decidir cambiar su cuerpo en base a quirófano se hayan apropiado de su nueva imagen y haya considerado bien qué no le gusta, qué quieren cambiar y porqué”. La situación de estos pacientes se asemeja en parte a la de aquellas personas que logran un rápido y significativo descenso de peso al someterse a una cirugía. Este tipo de intervenciones plantean un escenario muy exigente para la construcción de una nueva imagen corporal, ya que es necesario cierto tiempo para adaptarse a la percepción de su cuerpo delgado, redefinir su representación y modificar las actitudes frente a ellas. En el estudio de Cruzat-Mandich et al. (2019) con esta población se comprobaron sus dificultades para la percepción y representación del nuevo cuerpo; asimismo, las propias pacientes valoraron el aporte del trabajo terapéutico para lograr la acomodación de los cambios en una nueva imagen corporal. En relación con el testimonio de P 1, la etapa de mantenimiento representaría un tiempo dedicado a esta difícil reconstrucción y, de ser necesario, a la indagación acerca de los factores determinantes de la insatisfacción. Esto implica que el trabajo durante dicha etapa se plantea en función de objetivos diferentes a la fase de descenso. P 3 afirma al respecto que “A veces hay pacientes en mantenimiento que siguen con un discurso de adelgazamiento y hay que ayudarlos a hacer el cambio. En mantenimiento hay que trabajar al principio con el temor a perder lo logrado y después empezar a elaborar el duelo por la comida y construir una nueva imagen”.

Finalmente, P1 plantea que la insatisfacción corporal podría tener raíces más profundas que las que podría suponerse remitiéndose exclusivamente al cuerpo y que en ese caso lo mejor que puede hacerse es una terapia personal. De acuerdo con su formación psicoanalítica, propone “un análisis que lo lleve a preguntarse algo acerca de su vida, más que si no le gusta la nariz que tiene o la panza. Cuando la insatisfacción es algo tan recurrente, antes porque era gorda, ahora porque es flaca, hay que laburar en otro lado. Porque no va haber delgadez que te alcance, no va haber operación que te alcance”. Su propuesta apunta a una reflexión “existencial”, en la que se pueda acceder a un sentido para la delgadez, porque si no, dice, “¿Para qué querés ser flaco?”. En este sentido, el abordaje psicológico en el marco de un tratamiento de descenso de peso, debería considerar una variedad más amplia de factores psicológicos que podrían impactar, no solamente

en la imagen corporal, sino sobre la efectividad y sustentabilidad del tratamiento.

Con respecto a este último aspecto, la permanencia de insatisfacción corporal en los pacientes que han logrado cierto descenso de peso con el tratamiento puede poner en riesgo estos resultados. Abad Massanet et al. (2012) consideran que una imagen corporal positiva es un factor fundamental para que un paciente adquiera actitudes y conductas saludables y pueda mantenerlas en el tiempo. Coincidentemente, Salaberria et al. (2007) advierten que la insatisfacción corporal puede ser un factor de recaída. Siguiendo la línea de los testimonios que hablan sobre la desilusión que puede experimentarse frente al cuerpo adelgazado por comparación con una imagen ideal, P 3 dice que algunas pacientes “piensan que al adelgazar se van a transformar en Pampita...y no, podés adelgazar, pero no sos Pampita. Se te pueden llegar a caer los glúteos, los senos, tener la panza flácida...En algún punto, es tan importante como poder adelgazar el que puedan aceptarse y ser felices con el cuerpo que lograron”. También se refiere a la felicidad de las pacientes P 2, quien agrega a lo anterior que “Especialmente con las mujeres que están atravesando un problema con su aspecto físico después de haber hecho todo un esfuerzo para bajar, me gustaría ayudarlas a que puedan transitar de una manera más feliz su paso al llegar al peso ideal, que aprendan a vestirse, a moverse, a verse de alguna manera con ese cuerpo que van teniendo en el descenso. Para eso, además de participar de los grupos pueden hacer una terapia personal”.

Como parte de los cambios en los hábitos que favorecen el mantenimiento de los logros del tratamiento, la incorporación de la actividad física moderada a la vida cotidiana es algo que se recomienda en la clínica. “Una forma de que estén mejor con su cuerpo, dice P 2, es fomentando el ejercicio físico. Eso las va a ayudar a estar mejor con su imagen corporal y mejorar su autoestima positiva. Es importante que aprendan a divertirse y disfrutar con ese cuerpo nuevo”. La práctica de deportes y actividad física regular no sólo es un componente importante de un tratamiento integral para el descenso de peso, sino que existe una asociación con la satisfacción corporal y la autoestima (Vaquero-Cristóbal et al., 2021).

En síntesis, la necesidad de incluir en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad intervenciones para mejorar la imagen corporal, tanto en los aspectos perceptivos como en los actitudinales, incluyendo en este caso especialmente la satisfacción corporal (Cash, 2012), es una exigencia propia del carácter multidimensional de la obesidad y, en consecuencia, de su tratamiento. Por esta razón, la mayor efectividad demostrada corresponde a intervenciones de carácter interdisciplinario, con profesionales que aporten sus conocimientos y herramientas al

proceso, para que los resultados vayan más allá del descenso de peso y se manifiesten en cambios significativos en el estilo de vida, incluyendo la valoración que los pacientes hacen de su imagen corporal (Cuevas & Reyes, 2005).

6 Conclusiones

En el recorrido del presente trabajo se realizó en un principio la descripción de la obesidad como una condición médica crónica y sus distintas características, causas y posibles tratamientos. Se pudo rescatar que en la obesidad operan múltiples factores que van desde los genéticos hasta los ambientales, pasando por los endocrinos psicológicos y sociales; la acción conjunta de todos ellos determina la aparición de esta enfermedad. La insatisfacción corporal se encuentra entre las dimensiones psicológicas que aparecen asociadas con la obesidad, por esta razón se considera que es una variable ineludible al llevar a cabo un tratamiento para esta patología (Shwartz & Brownell, 2004). Consecuentemente, este trabajo se propuso analizar las manifestaciones relacionadas con la imagen corporal, relevando además la importancia de su abordaje en el marco de un tratamiento para la reducción de peso y algunas de las intervenciones orientadas al mismo en una clínica especializada de la ciudad de Buenos Aires.

En primer lugar se analizó la autopercepción de la imagen corporal e imagen ideal en un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso distinguiendo entre pacientes obesos y con sobrepeso. El primer grupo analizado dio como resultado una percepción de su imagen corporal muy desacertada, la gran mayoría subestimó su exceso de peso identificándose con figuras representativas de sobrepeso. El porcentaje fue similar al de un estudio realizado en México con población adulta de ambos sexos (Uribe-Carvajal et al. (2018). A pesar de este predominio de la subestimación del propio peso, su proyección de imagen ideal ratifica que perciben el exceso de peso y quieren un cambio significativo, ya que en promedio eligieron como deseables figuras que se encontraban tres posiciones por debajo de la elegida como imagen actual. En el grupo con sobrepeso, el porcentaje de quienes subestimaron su peso corporal fue menor al registrado entre los pacientes obesos y también lo fue la magnitud del cambio deseado, es decir la distancia entre la imagen percibida y la ideal. Estos resultados se asemejan en mayor medida a los registrados en un estudio con adolescentes españoles (López-Sánchez et al. (2018) que al anteriormente citado, al menos en la percepción de la imagen actual, donde la mayoría en ambos casos eligió la figura 4. En cuanto a la distancia entre percibida e ideal, fue en el presente estudio de dos posiciones mientras que en el estudio español fue de sólo una figura. En este grupo hubo un porcentaje no

despreciable de pacientes que sobreestiman su peso, algo que no se dio en el otro grupo.

Todas las psicólogas entrevistadas coincidieron en la importancia de intervenir para mejorar, tanto la percepción como la actitud de las pacientes hacia su imagen corporal. Esto coincide con los señalamientos de Abad Massanet et al, (2012), Mora Giral y Raich Escursell (2004) y Shwartz y Brownell (2004). Algunas de las profesionales señalaron que las personas que llegan a desarrollar un grado alto de obesidad no tienen un buen registro de su imagen corporal y esto explicaría que lleguen hasta ese punto. Esto coincide con la infravaloración del problema que Abad Massanet et al. (2012) atribuyen a las personas que padecen obesidad. También cuentan que esta inadecuada percepción de la imagen corporal puede tener como consecuencia conductas de acomodación a las condiciones impuestas por el exceso de peso (cama más grande, muebles más grandes, etc.), llegando en casos extremos a una negación total de la enfermedad. En relación con las dificultades para adecuar la imagen corporal en función del tratamiento, las psicólogas distinguen entre obesos infantiles y obesos desde la edad adulta. A los primeros les cuesta más el cambio en la imagen una vez avanzado el tratamiento, mientras que a los segundos les cuesta reconocer su exceso de peso y la necesidad de hacer un tratamiento. En el caso de las mujeres, que son mayoría en la muestra analizada, el trabajo con la imagen corporal tiene un impacto adicional sobre la sexualidad. Finalmente, en el caso de pacientes que tienen como objetivo del tratamiento un descenso de peso muy importante como porcentaje del peso inicial, el abordaje de la imagen corporal es considerado imprescindible y se recomienda iniciarlo tempranamente, con la finalidad de evitar que subsista la insatisfacción corporal, estrictamente como discrepancia entre la imagen percibida del cuerpo (adelgazado) y la imagen ideal que tenían al comenzar el tratamiento (Cash & Szymanski, 1995).

En cuanto a las intervenciones para mejorar la imagen corporal, varias de las psicólogas mencionan algunas que corresponden a un trabajo que una de ellas describe como “de afuera hacia adentro” y otra como “objetivar la imagen”. Se utilizan para eso referencias externas, como la ropa, fotos, sillas, el dibujo del contorno, una mochila con peso, todo para ayudar a las pacientes a percibir su cuerpo y construir una mejor representación del mismo. La distinción entre percepción y representación mental responde al modelo de imagen corporal de Cash (2012) y las intervenciones mencionadas tienen como blanco la percepción, exteroceptiva, interoceptiva y propioceptiva, para construir una base adecuada a la representación mental. Esto puede servir tanto para las pacientes que subestiman su peso corporal en las primeras etapas como para quienes tienen

dificultades para modificar su imagen después de haber bajado de peso. Un tipo de intervenciones con variedad de aplicaciones es el que recurre al espejo. En el taller de imagen corporal que se daba en la clínica se hacían actividades con el espejo, mientras que algunas de las psicólogas entrevistadas recomiendan usarlo tanto para tener una referencia de los cambios como para trabajar la satisfacción, resultando en algunos casos en una mejora de esta variable, así como de la autoestima. Sin embargo, reconocen diferencias entre las pacientes en su relación con el espejo, algo que Raich (2004) también señala, distinguiendo entre quienes los evitan y los que no pueden evitar controlarse en el espejo. El trabajo dentro de un grupo puede favorecer la efectividad de las intervenciones en la medida en que permite establecer comparaciones con el resto de los pacientes y compartir la experiencia, incluyendo cuestiones que evitan hablar con otras personas. A pesar de estas ventajas del formato grupal, en los grupos de descenso que existen en la clínica se hace difícil implementar varias de estas intervenciones de manera oportuna y orientada a las necesidades de cada paciente; por esta razón, las psicólogas coinciden en la necesidad de contar con un taller específicamente diseñado para trabajar con este aspecto y que acompañe al tratamiento como un complemento. Por último, una de las psicólogas plantea la necesidad de una terapia individual de mayor alcance, cuando la insatisfacción subsiste a pesar de haber alcanzado el objetivo personal con el tratamiento. En estos casos, sugiere, la insatisfacción puede ser algo más que insatisfacción corporal y tener raíces más profundas. En este sentido, Salaberria et al. (2007) afirman que una intervención psicológica orientada a modificar la imagen corporal se propone que la persona acepte su cuerpo tal como es y aprenda a vivir mejor con él.

6.1 Limitaciones

Una de las limitaciones a tener en cuenta al evaluar el alcance de los hallazgos de este trabajo es que la muestra pequeña y poco representativa de la población de pacientes obesos, ya que todos los participantes seguían el tratamiento en la misma clínica. Además, en cuanto a la distribución variable sexo, era muy limitada la cantidad de hombres.

También se puede mencionar entre las limitaciones la propuesta de la realización de la pasantía en un marco de cuatro meses. Si bien el trabajo propuesto pudo llevarse a cabo en ese tiempo, para el proceso hubiese sido enriquecedor poder vivenciar los cambios físicos y emocionales que tuvieron los pacientes una vez logrado el descenso hasta su peso normal e incluso observar su experiencia durante la etapa de mantenimiento; ya que, si bien el presente trabajo

integra los distintos tipos de intervenciones, aportes y características del proceso terapéutico en los grupos de descenso, es importante plantear una comparativa con la evolución hasta la etapa de mantenimiento de peso para poder integrar mejor todo el proceso de cambio de la imagen corporal a lo largo del tratamiento.

En relación con la evaluación de la autopercepción de los pacientes sobre su imagen corporal y la proyección de una imagen ideal a la que aspiran a través del tratamiento, podría haberse logrado más eficazmente si se hubiese contado con el acceso a las historias clínicas de cada paciente, para ver su evolución hasta el momento de la evaluación, y con su testimonio directo como complemento de las figuras de Stunkard y Stellar (1990). También se podría haber utilizado instrumentos psicométricos para evaluar las características de una imagen corporal positiva, tal como la *Body Appreciation Scale* (BAS) diseñada por Avalos et al. (2005) para reflejar aspectos positivos de la imagen corporal identificados en diversos estudios previos. Esto habría permitido una comprensión más amplia del proceso.

6.2 Aporte personal y perspectiva crítica

La posible influencia de este trabajo está principalmente en su aplicación dentro del ámbito de la salud. En este contexto, y dada la importancia que las profesionales que se desempeñan en la clínica le otorgan al trabajo sobre la imagen corporal, se considera importante llevar a cabo programas de prevención de la insatisfacción corporal desde edades tempranas, incluyendo la psicoeducación acerca de la obesidad y sus consecuencias, alertando sobre el efecto de ciertos modelos estéticos impuestos que generan malestar emocional y promoviendo hábitos saludables, tanto con respecto al aspecto físico, incluyendo lo nutricional y el ejercicio, como al mental, fomentando una imagen adecuada y una autoestima positiva. Una perspectiva útil desde la cual trabajar a nivel preventivo es la que ofrece la psicología positiva. Ávalos, Tylka y Wood-Barcalow (2005) destacan el concepto imagen corporal positiva, que sintetizaría las facetas adaptativas de la imagen corporal, y que podría ayudar a los psicólogos a prevenir la alteración de la imagen corporal. Además, consideran que el recurso a otras variables positivas como las fortalezas y virtudes del carácter actuarían como factores protectores.

Con respecto a la necesidad de garantizar el acceso a la atención de quienes padecen por insatisfacción corporal, la información obtenida a partir de este estudio plantea una deuda a nivel local con respecto a la evaluación de la eficacia de tratamientos específicos para esta patología. A

nivel internacional, la terapia cognitivo conductual (TCC) es el tratamiento más investigado y apoyado empíricamente para las alteraciones de la imagen corporal. Cash (2012) ha desarrollado un programa que, dentro de esta perspectiva, incluye psicoeducación, ejercicios de exposición frente al propio cuerpo y a situaciones sociales típicamente evitadas por personas obesas. En cuanto al aspecto cognitivo se recurre a la reestructuración para modificar creencias y esquemas disfuncionales que afectan tanto la percepción como la conducta. Más allá de modelos como este, algunas de las intervenciones que se enumeran en el desarrollo de este trabajo podrían ponerse a prueba en el marco de estos tratamientos integrales, cuidando de que las técnicas y herramientas incluidas cubran los diferentes aspectos de la imagen corporal.

En el caso específico de la clínica en donde se realizó la observación, sería interesante evaluar la posibilidad de incluir un grupo de taller de imagen corporal que pueda sostenerse en el tiempo, y que no solo permita a las pacientes sobrellevar el proceso de reconocimiento de su imagen en la etapa final del tratamiento, sino que los acompañe en el proceso de adaptación y acomodación a medida que van perdiendo kilos, para que la nueva imagen sea vivenciada con menos ansiedad e incertidumbre.

Por otra parte, y de acuerdo a lo que surge de las entrevistas y de la observación del trabajo grupal, en ocasiones la angustia o problemática de algunos sujetos no puede ser desarrollada ni tratada en profundidad debido a que los coordinadores buscan la participación de la mayor cantidad de miembros y el abordaje individual queda relegado al estar subordinado a los objetivos del dispositivo grupal. Sería recomendable entonces realizar un seguimiento psicoterapéutico individual para enfatizar en las problemáticas y dificultades particulares de cada miembro.

6.3 Futuras líneas de investigación

De acuerdo con lo sugerido en el apartado anterior, una línea de investigación indispensable es aquella representada por los diseños experimentales para evaluar la eficacia. Para ello podrían realizarse estudios que permitan conocer el impacto del tratamiento sobre la imagen corporal de los pacientes, incluyendo evaluaciones de esta variable antes y después de los mismos. Por otro lado, algunas variables psicológicas a tener en cuenta en futuras investigaciones implicarían la utilización de instrumentos que permitan medir variables como el nivel de autoestima, habilidades sociales, rasgos de personalidad, imagen corporal positiva y trastornos como la bulimia, anorexia o trastorno dismórfico corporal. Estas son algunas variables no tenidas en cuenta pero con un gran

peso y posible influencia en las respuestas de los sujetos evaluados, inclusive se podría evaluar si previamente hay cánones de belleza que puedan influir en la construcción de esa imagen y esa autoestima. En los instrumentos de autopercepción más utilizados existen numerosos ítems que miden estos aspectos.

Considerando que el presente estudio se realizó con pacientes adultos en tratamiento de descenso en una única clínica de Capital Federal y teniendo en cuenta que la edad de la muestra estuvo entre 22 y 71 años, sería enriquecedor extender el estudio de esta problemática a la población de adolescentes, quienes por las descripciones antes detalladas son quienes empiezan a vivenciar de forma más explícita la preocupación por la imagen corporal. Estudios que evalúan esta variable en población adolescente muestran que una importante proporción sufren insatisfacción con su imagen corporal (López-Sánchez et al., 2018) y que ésta es un fuerte predictor de conductas poco saludables como hacer dietas recurrentes, darse atracones e incorporar conductas compensatorias (Palmeira et al., 2010). Por ello, para fomentar la prevención de los problemas de la imagen corporal y la insatisfacción en el ámbito de la prevención primaria, se aconseja la psicoeducación y la implementación de programas que incluyan actividad física, teniendo en cuenta los efectos positivos que ésta tiene sobre las emociones, autoestima y otras variables psicológicas.

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. *ENE. Revista de Enfermería*, 6(2), 24-31
- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454.
- Althumiri, N. A., Basyouni, M. H., AlMousa, N., AlJuwaysim, M. F., Almubark, R. A., BinDhim, N. F., ...& Alqahtani, S. A. (2021, March). Obesity in Saudi Arabia in 2020: Prevalence, Distribution, and Its Current Association with Various Health Conditions. *Healthcare*, 9(3), 311-3.
- Álvarez-Castro, P., Sangiao-Alvarellos, S., Brandón-Sandá, I., & Cordido, F. (2011). Función endocrina en la obesidad. *Endocrinología y nutrición*, 58(8), 422-432.
- Arnold, M., Leitzmann, M., Freisling, H., Bray, F., Romieu, I., Renehan, A., & Soerjomataram, I. (2016). Obesity and cancer: an update of the global impact. *Cancer epidemiology*, 41, 8-15.
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The body appreciation scale: Development and psychometric evaluation. *Bodyimage*, 2(3), 285-297.
- Ayela Pastor, M.R. (2009). *Obesidad: Problemas y soluciones*. Madrid: Club Universitario.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (4), 537-546.
- Cash, T. F., & Szymanski, M. L. (1995). The development and validation of the body-Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 466-477.
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. En T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 334-342). New York: Elsevier Academic Press.
- Creasy, S. A., Rogers, R. J., Davis, K. K., Gibbs, B. B., Kershaw, E. E., & Jakicic, J. M. (2017). Effects of supervised and unsupervised physical activity programmes for weight loss. *Obesity science & practice*, 3(2), 143-152.
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., García Troncoso, A., & Díaz Paredes, P. (2019). Imagen corporal antes y después de cirugía bariátrica: Percepciones de mujeres jóvenes-adultas.

- Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 95-108.
- Cuevas, A., & Reyes, M. S (2005). *Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad: ¿Hay lugar para la terapia conservadora?* *Revista médica Chile*, 133(6), 713-722.
- De Jonge, L., Bray, G. A., Smith, S. R., Ryan, D. H., De Souza, R. J., Loria, C. M., ...& Sacks, F. M. (2012). Effect of diet composition and weight loss on resting energy expenditure in the POUNDS LOST study. *Obesity*, 20(12), 2384-2389.
- Duno, M., & Acosta, E. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 46(5), 545-553.
- Duperly, J. (2000). *Obesidad: Un enfoque integral*. Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario, Centro editorial.
- Escoto Ponce de León, M. D. C., Camacho Ruiz, E. J., Rodríguez Hernández, G., & Mejía Castrejón, J. (2010). Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de Bachillerato. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(2), 102-111.
- Freyre, M. Á., Hernández-Guzmán, L., & Contreras-Valdez, J. A. (2020). Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 24-31.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 856-867.
- Godoy-Izquierdo, D., Gonzalez, J., Lara, R., Rodríguez-Tadeo, A., Ramirez, M. J., Navarrón, E., ... & Arbinaga Ibarzabal, F. (2020). Considering BMI, Body Image and Desired Weight Change for Suitable Obesity Management Options. *The spanish journal of psychology*, 23(35), 1-14.
- Grossbard, J. R., Lee, C. M., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2009). Body image concerns and contingent self-esteem in male and female college students. *Sex Roles*, 60, 198-207.
- Karazsia, B. T., Murnen, S. K., & Tylka, T. L. (2017). Is body dissatisfaction changing across time? A cross-temporal meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 143(3), 293-320.
- Lacunza, A., Caballero, V., Cordero, L., Sal, J., Salazar B., R. y Filgueira, J. (2011). Identificación temprana de factores de riesgo desde un abordaje interdisciplinario: conductas alimentarias de riesgo y déficits de socialización en adolescentes tucumanos. *Psicodiagnosticar*, 20, 99-112.
- Lopera, D. T., & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista*

de Psicología Universidad de Antioquia, 6(1), 91-112.

López Sánchez, G. F., Suárez, A. D., & Smith, L. (2018). Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años.

Anales de Psicología/Annals of Psychology, 34(1), 167-172.

Mansoor, N., Vinknes, K. J., Veierød, M. B., & Retterstøl, K. (2016). Effects of low-carbohydrate diets v. low-fat diets on body weight and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Nutrition*, 115(3), 466-479.

Martinez, J. A., Moreno-Aliaga, M. J., Marques-Lopes, I., & Marti, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(1), 19-22.

Medina Cascales, J. Á. (2018). Imagen corporal: realidad, percepción y deseo, y su relación con su evaluación multidimensional y la motivación muscular. *Psychology, Society & Education*, 10(3), 251-263.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado el 20 de octubre de 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

Palmeira, A. L., Branco, T. L., Martins, S. C., Minderico, C. S., Silva, M. N., Vieira, P. N., ... & Teixeira, P. J. (2010). Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. *Body Image*, 7(3), 187-193.

Perri, M. G., Martin, A. D., Leermakers, E. A., Sears, S. F., & Notelovitz, M. (1997). Effects of group-versus home-based exercise in the treatment of obesity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(2), 278-285.

Petrova, D., Salamanca-Fernández, E., Barranco, M. R., Pérez, P. N., Moleón, J. J. J., & Sánchez, M. J. (2020). La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones. *Atención Primaria*, 52(7), 496-500.

Pinto, J., & Carbajal, A. (2006). *La Dieta Equilibrada, Prudente o Saludable*. Madrid: Nueva Imprenta S.A.

Poirier, P., & Eckel, R. H. (2002). Obesity and cardiovascular disease. *Current atherosclerosis reports*, 4(6), 448-453.

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

Rodríguez, R. C., & Valls, J. M. (2002). Obesidad: Conceptos básicos, clasificación,

- etiopatogenia, riesgos y patología asociada a la obesidad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 8(86), 4637-4638.
- Rosen, J. C., Orosan, P., & Reiter, J. (1995). Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behaviortherapy*, 26(1), 25-42.
- Salaberria, K., Rodríguez, S. & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz. Cuadernos de Ciencias de la Salud*, 8, 171-183.
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body image*, 1(1), 43-56.
- Stunkard, A. y Stellar, E., 1990, Eating and its Disorders. En T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.) *Body Images* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- Szymanski, D. M., & Henning, S. L. (2007). The role of self-objectification in women's depression: A test of objectification theory. *Sex Roles*, 56, 45-53.
- Tallis, J., Shelley, S., Degens, H., & Hill, C. (2021). Age-related skeletal muscle dysfunction is aggravated by obesity: An investigation of contractile function, implications and treatment. *Biomolecules*, 11(3), 372.
- Tylka, T. L. (2004). The Relation Between Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptomatology: An Analysis of Moderating Variables. *Journal of Counseling Psychology*, 51(2), 178-191.
- Uribe-Carvajal, R., Jiménez-Aguilar, A., Morales-Ruan, M. D. C., Salazar-Coronel, A. A., & Shamah-Levy, T. (2018). Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos. *Salud pública de México*, 60, 254-262.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 27-35.
- Vaquero-Cristóbal R, López-Miñarro PA, Alacid F, González-Gálvez N, Esparza-Ros F. (2021). Evolución de la percepción y distorsión de la imagen corporal con la práctica de Pilates en suelo y con aparatos en mujeres adultas. *Nutrición Hospitalaria*, 38(1), 161-168.
- Velásquez, V. V. & Alvarenga, J. C. L. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), 91-96.
- Verheggen, R.; Maessen, M.; Green, D.J.; Hermus, A.; Hopman, M.; Thijssen, D.H.T. (2016). A systematic review and meta-analysis on the effects of exercise training versus hypocaloric diet: Distinct effects on body weight and visceral adipose tissue. *Obesity Review*, 17, 664-690.

Wadden, T. A., & Bray, G. A. (Eds.).(2018). *Handbook of obesity treatment*. New York: Guilford Publications.

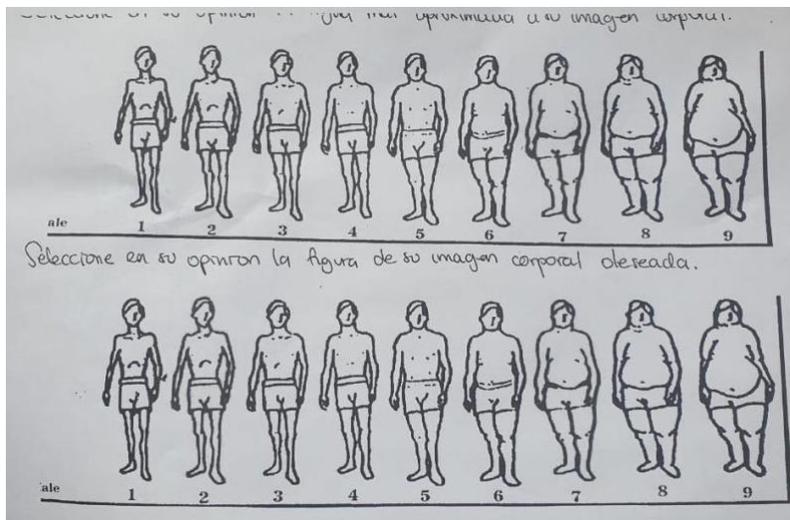
Yépez, R, Baldeon, M. &López.(2007). *Obesidad*. Quito: SECIAN.

Zammit, C., Liddicoat, H., Moonsie, I., & Makker, H. (2010).Obesity and respiratory diseases.*International journal of general medicine*, 3, 335.

8. Anexos

Anexo A

A 1.



A 2.



Figura 1. Escala de siluetas de Stunkard. A 1 masculinas; A 2 femeninas.

Anexo B

Entrevista 1

Profesional 1: Yo empecé a estudiar psicología en la universidad Belgrano después me pase a la UBA porque no me gustaba el programa de Belgrano, y después cuando quise volver ya en la UBA me resultó imposible por tener hijos chiquitos y trabajar; y terminé la universidad de la marina Mercante.

Elizabeth: ¿Cuánto tiempo te tomó entonces? ¿Te pudieron validar?

Profesional: La verdad me validaron bastante, la realidad pensé que me iba a tomar mucho más pero una vez que me puse las pilas volví pensando que iba a hacerlo muy despacio, la verdad es que termine en 4 años.

E: ¿Qué te llevó y porque te interesa trabajar con pacientes obesos?

P1: En realidad toda mi vida quise ser psicóloga, nunca pensé que iba a hacerlo. Yo tuve un problema de obesidad toda mi vida, tuve bulimia muchísimos años de muy chica, después tuve bulimia y el Dr. XXX primero fue mi médico cuando trabajaba en otra clínica, después durante 9 años fue mi psicoanalista, cuando él dejó aquella clínica me ofreció laburo, y esa fue mi última sesión y mi primer día de trabajo. Yo nunca pensé que iba a poder trabajar en obesidad porque bueno, me tocaba tan de cerca, que no pensé que iba a poder hacerlo, creo que él confió más en mí que yo misma, de hecho la primera vez que me tiró un grupo fue terrible. Había un departamento que era muy importante de bulimia y anorexia en XXX, eran como 2 departamentos muy separados haciendo actividades completamente distintas, no es que pasaba por los mismos grupos, el primer grupo que coordine fue un grupo de que yo le pedía por favor que no me deje sola, y él me dijo: “podés hacerlo sola”. Después del departamento de bulimia-anorexia cuando la clínica se mudó, dejó de funcionar.

E: ¿La clínica igual ya no se dedica a la bulimia-anorexia?

P1: No, primero porque requiere atención distinta y segundo porque también son patologías muy complejas que hay que tratarlas permeando todo, tiene que ser un equipo interdisciplinario, con sus grupos, con la familia, y la verdad que había poco equipo, el departamento estaba desbordado por la cantidad de pacientes obesos que había en XXX y decidió dejar de lado el tema de bulimia; pero si vos me preguntas cómo empecé coordinando fue con patología de bulimia y anorexia.

E: Cómo ha cambiado todo ¿Que tiene en cuenta la hora de intervenir en los grupos?

P1: ¿intervención en qué sentido?

E: ¿Cómo crees que se vinieron cambios en el paciente?

P1: Yo creo que el paciente obeso la intervención siempre tiene que ser marcando límites, porque básicamente lo que todos coincidimos en un paciente obeso, es que tiene que construir la capacidad limitase.

E: ¿El famoso "NO"?

P1: Él NO de algún modo le tiene que entrar, yo siempre hablo de renunciar, renunciar a ese goce

con la comida. Lo que pasa es que me parece que la propuesta tiene que ser siempre como dual, nadie cambia un goce si me pierde otro, la idea es como limitarla con la familia tratando de propiciar que no se limite con la comida y por otro lado ayudarlo sobre las posibilidades que se abren cuando se cierra el menú de la comida.

E: ¿Qué importancia tiene la imagen corporal en la obesidad?

P1: Ese es un tema que a mi me hace primero porque por lo general el paciente obeso no tiene registro de imagen corporal y por eso puede llegar a pesar 100 kilos de más, porque no la ve.

E: Claro, tan distinto en mantenimiento.

P1: Bueno es la idea, que un paciente en mantenimiento pueda registrar, creo que el laburo terapéutico que se hace lo lleva a que tenga otro registro, a partir de este registro de la imagen va a prender la alarma en 2 kg y no en 40.

E: Quizás por eso mucha gente se deja llevar justamente y termina inclusive recuperando el peso que ya perdió.

P1: Por eso, un sinónimo de eso tiene mucho que ver con la negación y la adaptación es como que en vez de asustarse por qué cambió detalles al comprar, niega y se adapta y se compró el sillón más grande la cama más grande, el auto más grande y las chicas dicen cosas como " las toallas vienen cada vez más chicas". Mira, yo justo conozco un caso, casos extremos que hay que contarlos, ella se mandó hacer un espejo y el carpintero cuando le instala en el salón los espejos, ella no llama y le dice al carpintero que le puso unos espejos muy económicos, muy malos, de muy mala calidad; el señor le dice: mira de los espejos nacionales son lo mejor, pero si usted quiere dar con el de mejor calidad, vamos a pedir espejos brasileros pero cuestan más, bueno está bien no hay problema, traeme el brasileño le dice ella, el señor vuelve y se lo coloca, después ella lo llamó nuevamente y le dice: No, esto es una porquería es peor que el otro, después le dijo que si ella quiere le termina consiguiendo un espejo alemán, mejor que eso no hay, resulta que termina peleando con el tipo porque el espejo alemán la deformada. Hasta que un día, después de un tiempo, ella se lo encuentra al carpintero en la casa de la madre porque le estaba haciendo un trabajo a ella, a todo esto ella había empezado el tratamiento y había empezado a adelgazar. Entonces se acercó al tipo y le dijo: Mire yo le tengo que pedir disculpas porque en realidad los espejos no deformaban, yo estaba gordísima y no me veía y ahora que empecé hacer un tratamiento me di cuenta. A todo esto claro el señor le contesta: Si si, yo pensé que quizás usted tenía un problema por que los espejos estaban bien (risas).

E: ¿Los pacientes mismos hablaban de imagen corporal?

P1: Si, pero son los menos, es el paciente obeso pasan dos cosas, una cosa es el paciente obeso infantil con respecto a su imagen y otra cosa es el paciente gordo de adulto. Lo que define es como atravesó el paciente la pubertad. Un paciente obeso tiene mas problemas para salir del tratamiento con respecto a la imagen que para entrar. A ver vos sos obeso infantil y le dices: vamos hacer dieta, y te dice que sí porque es lo que ha hecho toda su vida, cuando llega al peso, te dice que ese es el peso que quiso toda su vida pero no soy yo, es como que la obesidad le tallo la identidad, entonces en su imagen, él ahí en esa delgadez no se reconoce; el obeso infantil tiene que hacer un laburo tremendo con armar una imagen en la delgadez, una imagen que esta atravesada por la identidad, claramente no se reconoce. Yo recuerdo un paciente que bajo 70 y pico de kilos y no se reconocía; él era un hombre de muchísimo dinero y me decía: XXX si me entra me lo compro, compraba y compraba ropa. Un día llega a su casa, y tira las bolsas de lo que había comprado en su cama y saca y ve una musculosa naranja, y a partir de esa musculosa naranja, primero se asombró que no podía comprar algo tan feo, y por primera vez se dio cuenta que él sí podía elegir que comprar, porque una persona obesa no elige, compra lo que le entre. Me acuerdo de una vecina mía Arquitecta, que un día estaba en Madrid, y se compró una bermuda porque le entró y se compró de todos los colores que había, pero no porque le gustaba sino porque le entró. Al obeso infantil le empiezan a caer las fichas por ejemplo de que puede elegir que ponerse, empieza a elegir un estilo de flaco que quiere ser, hacen cuenta de que no todo lo que le entra le gusta, ni todo lo que le gusta es para él; tal cual como cuando uno piensa que esto es divino pero en vos no lo ves y quizás en otra persona le queda divino, bueno, todas estas cosas que le pasan a un flaco, maso menos normal con la imagen. El obeso infantil tiene que aprender a cachetazos, es a puro dolor, porque esta afectada su identidad, de la única manera que termina construyendo eso es quedándose, soportando, porque no son, y en esa imagen de delgadez no se encuentran. Si hacen un laburo de buena terapia pueden llegar a reconocerse, este paciente que te decía cuando venía a la clínica, me decía: yo todavía no me reconozco muy bien, pero ahora si me veo en el espejo ya me saludo. En cambio la persona que es obesa de adulto, esa persona tiene otro problema para entrar al tratamiento porque como su imagen interna es de delgadez, tu le dices: Vamos a un grupo de obesidad y te dice: ¿Yo con los gordos?. Entonces su imagen se construyó en delgadez, capaz que vivió muchos años en delgadez, y también capaz hace 20 esta gordo pero no se vio. entonces es como que "¿Yo con los gordos?" y cuando escuchan los relatos en los grupos, se asombran, se deprimen, se angustian mucho , porque

empiezan a darse cuenta que tienen un problema que no creían que tenían.

E: ¿Pero es porque se acostumbró a la imagen e internamente pensaba que se veía delgado?

P1: No, porque, me parece que se acostumbro y no la vio, por que el obeso de adulto se sigue comprando ropa que no le entra pensando que ya va a bajar y le va a entrar y sigue por mucho tiempo con ropa del talle de delgadez, capaz que si tienen 10 kilos de más no sube la talla, piensa que es circunstancial que ya lo va a solucionar y cuando no puede va a un tratamiento, pero le cuesta mucho hacer el tratamiento.

E: ¿Tiene otra imagen ideal digamos?

P1: Claro, porque es un lugar que no es para él, su imagen que prevalece, y cuando llegan al peso a diferencia del obeso infantil que cuando baja de peso te dice que no se reconoce, este te dice "Soy yo" pero no me gusta, porque cuando adelgazan esperan encontrar al flaco que dejaron, y el flaco que dejaron no existe más, primero por que en la delgadez quedan las marcas de la gordura, la estría, la flacidez, la celulitis, y además el paso del tiempo, ningún flaco tiene el cuerpo de hace 20 años.

E: Claro, porque no es lo mismo bajar los 20 kilos con 40 años que bajar esos 20 con 20 años menos.

P1: Exacto, pero la ilusión es que sí, entonces por lo general, la angustia les pasa no por tener que construir una imagen de delgadez, si no por tener que aceptar la imagen que tienen, con el cuerpo que encontraron, y ahí viene incluido el paso del tiempo.

E: ¿Considerás que los pacientes finalmente hacen dieta en el tratamiento, para un camino más saludable o para buscar un camino hacia la apariencia física?

P1: Depende de la necesidad, una persona que se angustia porque tuvo un problema físico viene básicamente por salud, de hecho bajan los kilos, no se, vienen por hipertensión bajan los kilos esta hipertensión se les regularizo y se van. Los que tienen menos kilos, o gente más joven vienen por un tema más estético. Yo por lo general en los pacientes gordos, viste que las personas flacas tiene más tema con esto de la dieta saludable, las semillas, los veganos....En cambio el gordo no pudo parar de comer en lo saludable, tal vez en mantenimiento si le interesa más el tema. El rango de mantenimiento es de 2 kilos lo que pasa es que hay gente que aunque subió un poco más siguen en estos grupos, no se van. También es cierto que no es lo mismo mantener la delgadez para alguien que bajó 10 kilos que para alguien que bajó 50, 60 o 70 kilos. Yo coordino un grupo que algunos no están en rango de mantenimiento, tienen 5 a 8 kilos de más.

E: Tu dices el grupo de la tarde, que son pocos pero muy unidos, ¿Que hay una parejita que va a tener mellizos?

P1: Si ese grupo, bueno ellos son un grupo que tuvieron muchísima obesidad, entonces ¿cómo medís el logro?: ¿Que dices?: ¿Esta re mal porque tiene 5 o 6 kilos de más o está muy bien porque tiene 80 kilos menos?. La chica de los mellizos bajó como 90 kilos, ella hizo un tratamiento con hormonas para quedar embarazada y ahí subió, de todos modos mantuvo muchos años el rango y ahora no está yendo, pero por el marido que si continúa en la clínica sabemos que tiene unos 8, 9 kilos arriba.

E: Me acuerdo, de hecho también había otra chica en el grupo que contó que le había costado quedar embarazada.

P1: SI si, bueno ella es más grande de edad, ahora está a 1 kilo de entrar a mantenimiento, se le había ido pero volvió,

E: ¿También recuerdo al señor mayor que tenía problemas de corazón y colesterol, no?

P1: Si, es XXX, bueno él tiene 77 años, 70 kilos bajados y lo trasplantaron de riñón, él ahora está en el peso que le dice que tiene que tener.

E: ¿Entre hombres y mujeres, respecto a la imagen corporal es donde recae más?

P1: Y en la mujer claramente, lo que pasa es que cuando un hombre tiene un tema muy marcado tiene otras cosas, el hombre normalmente es mucho más relajado con la imagen, excepto que tengan alguna otra patología de base.

E: ¿Tu considerás que es necesario la imagen corporal para el bienestar y la completud del tratamiento del paciente obeso?

P1: Si, yo creo que es imprescindible y creo que es uno de los déficit de la clínica, es que no hay talleres que tengan que ver específicamente con la imagen, porque el trabajo con la imagen es la forma en la que se toma conciencia, pero hay que saber hacerlo. Hace muchos años, con un compañero mío en un grupo, te hablo de hace 25 años atrás, llevamos una cámara y el sábado en la mañana los filmamos y el domingo en la tarde les pasamos la filmación, todo el mundo habló de cómo se vio, tuvimos una paciente que le agarró una crisis de angustia que no sabíamos qué hacer, no sabíamos si había que internarla, te juro no sabíamos qué hacer. Me parece que es un tema entonces que hay que saberlo manejar muy bien, por supuesto que fue la última vez que filmamos, la verdad que lo veníamos haciendo y no pasaba nada, pero te toca alguien que no tiene todos los fósforos en la cajita y podíamos armarle un problema. Hay que hacerlo de otra manera, no tan

brutal como nosotros (risas).

E: Yo se que la clínica hace como 2 años no da el taller de imagen corporal, pero desde las herramientas que tienen que intervenciones tratan de hacer o cuales piensan para colocar la imagen corporal en el tratamiento de descenso de peso

P1: Bueno, yo les hablo mucho de que se miren, que midan la ropa, que pongan por ejemplo arriba de la cama un pantalón de su talle más grande, y arriba un pantalón de su talle actual y si tienen uno que todavía no le entra que vaya arriba, que marquen de alguna forma la idea de contorno, que se miren, que se toque, que se miren lo más posible en un espejo, que se tomen fotos de forma gradual. Una vez con una hiper-obesa que le faltaban como 10 kilos, ella se veía divina, se sentía bien, le sugerimos entonces que se saque fotos en bombacha y corpiño y que le diga al marido que le saque fotos de frente, de espalda, en distintos movimientos, se sacó fotos en maya, y cuando vio las fotos se dio cuenta, y cayó en la ficha y bajo los 10 kilos. Por eso sería bueno que se hagan talleres, para que se vayan sugiriendo esto de ejercicios y demás, primero alguien que los sepa hacer y segundo muy gradualmente, hay tan poca bibliografía o por lo menos en ese momento acerca de la imagen corporal en obesidad, pensábamos que estábamos haciendo una hazaña y terminó siendo una barbaridad.

E: ¿Participaste alguna vez de un taller de imagen corporal de la clínica?

P1: Si si estuve

E: ¿Recuerdas qué intervenciones se hacían?

P1: Y, en un taller que estuve, ella los hacía acostar y que un compañero con una tiza les dibuje el contorno y después cada uno iba hablando, haciendo como un círculo, hablando acerca del contorno y si era maso menos lo que esperaban, y después ella llevaba unas láminas muy grandes que las abría en el piso con distintos dibujos de personas y les decía que cada uno piense cuál de esos dibujos era, algunos maso menos le pegaban otros se veían grandísimos, otros se veían más gordos y estaban más delgados. Y otra cosa que yo vi hacer es en esos espejos que se regulan, ellos tenían que regular dónde te ves y después el terapeuta te marca la distancia que tienen con el espejo; ellos acomodan el espejo, uno mismo regulaba el espejo donde te ves, y te decían si estabas en distorsión o no y si era más o menos. Con los hiper-obesos se hacía colocar 2 sillas y ver si pasaban; en ellos lo que sucedía es que no pasaba ninguno. A mí lo que siempre me pasa es que la gente que tiene pocos kilos se ve más gorda de lo que está, y la gente que tiene muchos kilos se ve más flaca de lo que es, es como una fija esto.

E: Seguro, es especial en ese ejercicio de confirmar el espacio que ocupan debe pasar. Con obesidad se habla de imagen corporal, como se toca en este ambiente el tema de las cirugías médicas como el bypass y hablando un poco más de estética están las cirugías y es especial la liporeducción para quitar el exceso de piel.

P1: Un poco lo que plantea la clínica, es que hay que esperar por lo menos 1 año para operarse, primero porque hay que ver que todo esto se arregla, hay cuerpos que son muy nobles y cambian mucho con la actividad física y la dieta, y en 1 año es otro cuerpo. ¿Tienes hijos?

E: No, hijos no tengo

P1: Bueno, cuando salís de la sala de parto la panza parece como la de un canguro, es un horror, te queda como un globo desinflado. Por supuesto que todas pensamos lo mismo, nos queremos matar, y después de unos meses con cremas que te pones y mucho agua, por supuesto que no queda como el primer día pero tampoco es tan grave, ni hablar si haces actividad física. De hecho vos ves una Pampita que tuvo 4 pibes y está perfecta. De todas formas a mí me parece bárbaro que la gente se opere si quedo un colgajo en cuanto y en tanto no se hagan tanto, viste esta cosa excesiva, a ver también he visto gente que llegó al peso y se operó todo. Primero es muy importante antes de decidir cambiar una imagen en base a quirófano, para mí autodeterminarse en la imagen que conseguiste y, después ver qué cambiar, no es que me parece mal, si no que me parece que lo hacen a destiempo, compulsivamente, reparatoriamente y de ahí lo que ves es que se pierdan y engordan de vuelta.

E: Claro quizás muchos lo toman como una vía rápida, sin construir hábitos..

P1: Mira yo tuve un paciente que bajó como 150 kilos, que se operó todo, incluso se hizo la cirugía singular. Primero lo operaron de la panza y después lo dieron vuelta, la espalda, no no no todo, todo, se operó las piernas y los brazos y volvió a subir 100 kilos. Siempre la cabeza va primero después el cuerpo, entonces uno tiene que hacer todo un laburo de identificación con la nueva imagen, para mí no es oportuno operarse antes de que uno pueda apropiarse de la nueva imagen. Después evaluar que de verdad no te gusta, que no tiene arreglo de alguna manera, pero ya me parece que arreglarlo como lo haría cualquier persona delgada, porque los flacos también se operan.

E: ¿XXX y cómo lidiar con una imagen corporal negativa? ¿Cómo pensaríamos que se puede trabajar con una imagen desadaptativa, que genera insatisfacción? Porque esto puede ir mucho con no sentirme bien, linda, sexy....

P1: Yo creo que tiene que ver con otras cosas, con la insatisfacción lo mejor que se puede hacer es

una terapia, un análisis, que lo lleve a preguntarse algo acerca de su vida, más que si no te gusta la nariz que tienes, la panza. Cuando es algo tan recurrente, antes porque era gorda, ahora porque eres flaca, y siempre quedas insatisfecho hay que laburar en otro lado. Porque no va haber delgadez que te alcance, no va haber operación que te alcance. OK, sabemos que esto pasa, sabemos de alguien en la clínica que ya se ha operado como 3 o 4 veces la nariz, osea que nada le alcanza.

E: El obeso en realidad pasa por mas sentimientos de vergüenza, hacer cosas en público, pensaría que es como hasta un poco más antisocial en algún punto.

P1: Si, es así, o como reacción reactiva está esto de “Me llevo el mundo por delante”, total puedo con todo. Ahora si, adelgazar no te mejora tu capacidad para hacer lazo social, es que no tenías un problema de obesidad si no que tenés que trabajar tu capacidad para hacer socializaciones. Porque también es muy común que uno le echa la culpa a todo; viste, en el cuerpo la obesidad está culpable de todo lo que te pasa y después cuando estás flaco, no hay delgadez que te alcance, porque si vos pensás que todo en la vida es por que sos gordo, y yo lo digo medio en chiste: “Si vos pretendés que adelgazar te deje flaco y alto y de ojos verdes, no va haber delgadez que te alcance”. O la gente que se cree que está solo en la vida porque está gordo, la verdad que hay un montón de gente gorda que tiene pareja, que tiene hijos, que cambia de novio, así que bueno; si vos crees que esto te pasa únicamente porque estás gorda, después resulta que estás flaca y sola, como loca mala, tienes un problema para hacer sociales.

E: Como dice XXXX “ No puedes ser gorda y mala” porque son dos cosas juntas que no van.

P1. Clarooooo, ya está (risas).

E: Qué estrategias más allá de que no elaboren mucho la actividad, pero ¿Que intervenciones harías para que las personas obesas tengan una autopercepción más positiva?

P1: Primero me parece que, en algún punto uno tiene que poder hablar de la parte existencial, poder reflexionar. En algún punto tiene que poder encontrarse, yo siempre tiro la pregunta: “¿Quién sos?” “¿Quién sos cuando no comés?” “¿De qué manera querés vivir?” “¿Para que querés la delgadez?” “¿Qué sentido tiene tu delgadez?”. Si a la delgadez, no le das un sentido, es mucho quilombo al pedo. Si vivir flaco no te va a dejar más contento, dejando otras cosas, pudiéndose conectar mejor con tu vínculo ¿Para que m*** quieres ser flaco? Mejor quédate como estás, y te ahorras, me parece que es un poco por ahí.

E: Qué estrategias usarías por ejemplo para llevar a cabo esa aceptación de ese cuerpo nuevo, en especial en pacientes obesos, como se puede promover esto, que puede ser el ideal o puede pasar

que internamente no quería llegar así y se desconoce totalmente , y a lo que llega no le termina cerrando.

P1: Bueno esto es muy común, que lleguen, sobre todo, en especial el obeso infantil acepta mejor lo que encuentra, una vez que se identifica con lo que encuentra le viene bien, el obeso de adulto es como más pretencioso, porque pretende el cuerpo que tenía a los 20 antes de engordar, mira, yo por un lado soy como bastante brutal viste; Yo les digo: Labura con lo que hay porque vas a engordar y te vas a joder de nuevo, y no vas a tener ni esto ni lo otro, pero por otro lado me parece que eso lo hago, decirle las cosas porque reflexionar es tan importante, ¿Donde se le juega la insatisfacción? ¿Por qué no puede ser tan importante tener el cuerpo que tenías hace 20 años? ¿Qué está pasando? Todo el quilombo que tenes es esto, ¿No será que están pasando otras cosas?. Yo no sé si está bien o está mal, hablo por mí, lo que yo hago, “esto es lo que hay” la verdad es que vas a tener que pensar que te pasa a vos, como sos vos cuando las cosas no son como vos querés. Por ahí, es por donde yo lo llevo para que puedan ir abriéndose otras preguntas. Si no vamos hablar de porque no me gusta la pierna que tengo, esto y lo otro, y yo me aburro (risas). También no es lo mismo coordinar solo que coordinar en grupo.

E: ¿Siempre coordinan de a dos?

P1: En la clínica por lo general sí, yo tengo algo propio y trabajo sola, en una época iba a la clínica a hacer talleres. Si en algún momento volvemos hacerlo voy a invitarla a ella, porque la verdad que los mismos pacientes lo están pidiendo, de verdad lo necesitan.

E: Muchas gracias por tu tiempo, lo aprecio mucho.

P1: No por favor, muchos éxitos con esa entrega.

Entrevista 2

E: Hola ¿Cómo estás? ¿Cómo van tus cosas, la clínica?

P2: Súper bien, ¿vos cómo vas, cómo va ese trabajo final?

E: Bien, ahora como verás completando con las entrevistas. No sé si recuerdas que te comente un poco que estaba trabajando sobre imagen corporal.

P2: Vos no sabés cómo se necesita alguien que sepa de imagen corporal, porque viste cuando bajan tanto de peso y llegan a mantenimiento, el cuerpo encontrado no les coincide con el del ideal, entonces les agarran unas angustias que ni te cuento. Sobre todo en las mujeres, porque empieza, “ay sí, estoy flaca pero tengo toda la panza colgada” “ me quedaron las piernas flácidas o la cara caída”.

Entonces empieza todo un camino para ver cómo reparan el daño, y ver si lo pueden reparar, si no lo tendrán que aceptar. El problema es que si no les gusta el cuerpo como les quedo probablemente no lo cuiden entendés?

E: Sí claro, bueno, justamente una de las preguntas que te iba hacer es justamente esa. Te iba a preguntar ¿Los pacientes recurren a hacer el tratamiento para buscar un cambio más saludable o más por cambio en la apariencia física?

P2: Lo que pasa es que para nosotros la estética también es salud, entonces se juntan ambas cuestiones porque tener un cuerpo estéticamente bien, que esté bien, lo cual no significa que sea ni lindo ni feo, si no estético, un cuerpo armonioso, que corresponde, más allá de que pueden haber variantes dentro de la estética porque es muy subjetivo. La mayoría llega porque no aguanta ver más como esta, desde lo estético, y desde lo psicológico, porque se sienten como presos de esta situación. Es decir, todos los días se levantan tratando de empezar una dieta y se frustran en la noche porque no la pueden terminar. A esa pregunta yo respondería, viene por un cambio saludable que incluye la estética, y a veces viene por la estética que para poder sostenerla van a tener que hacer un cambio saludable. Así que, yo diría que no es ni una cosa ni la otra, son las dos cosas juntas.

E: Yo quería preguntarte en un principio por vos, por tu carrera

P2: Yo estoy en el centro maso menos hace 23 años, la tarea o el rol profesional que cumplo es coordinar grupos terapéuticos, le llamamos así, de descenso de peso y de mantenimiento de peso también, y en algún tiempo tomé entrevistas a gente que quería comenzar el tratamiento.

E: ¿Siempre te gustó trabajar con obesidad?

P2: En realidad, yo caí en la clínica de casualidad, cuando me recibí de psicóloga, rendí un examen de residencia en CABA para hacer concurrencia en Hospitales o que tengan psicopatología en atención, es un examen fuerte porque se presentan muchas personas pero por suerte pude entrar en el Centro Amerino, que es un centro de salud mental que es muy bueno, y ahí me tocó una parte de las concurrencias de 5 años que fue trabajar con grupos terapéuticos, que yo no tenía ni la más idea de hacer clínica, nunca pensé en lo grupal, es más La Universidad de La plata donde yo estudié la materia de grupos era como medio una B*** (risas). Y más o menos hacia los años 2000, 2001 que el Dr. ya estaba en la clínica como Director, me dijo porque no venís y ves cómo se trabaja, yo al verdad no tenía muchas ganas. La primera vez que fui, me sentó con una paciente, era justo una chica anoréxica recuperada, me miraba con cara de quien es esta mina, y la verdad que cuando lo

escuche hablar no me gustó nada, me pareció el “Padre de la horda primitiva”, sentado arriba y c*** a pedos a los gordos mal, y cuando él me pidió una devolución; la verdad que le dije que no me gusta, no me sentí cómoda, yo siento que estoy más para tratamientos individuales, yo encima había comenzado mis estudios de psicoanálisis, con un sesgo más Lacaniano, ósea el encuadre era distinto, el gordo aquí te abrazaba, te daba beso, sabían hasta el nombre de tu perro. Y XXX me insistió tanto, que empecé más por una cuestión de no decirle más que NO, y empecé entonces con pequeños grupos y cada vez me fui entiendo más y más y más y la verdad que hoy por hoy me encanta lo que hago, yo igual mi formación de psicoanálisis la continúe, hace 18 años que estudió psicoanálisis en otro lugar, y por suerte pude compatibilizar ambas cosas, esto que me gusta hacer y la clínica, y la obesidad también me parece súper interesante por todo lo que plantea en cuanto la cuestión de la sepalia que presenta un paciente que consume comida todo el tiempo, y esta como a merced de esa pulsión oral, y poder ayudarlo a que esa pulsión esté nuevamente en su lugar, de alguna manera no ser un esclavo de la comida y ese goce mortífero la verdad es sumamente gráficamente para mí. Es como trabajar en un lugar como psicólogos donde muchos no trabajan.

E: ¿ Qué tienes en cuenta a la hora de intervenir en los grupos?

P2: Depende del uno a uno, a veces te encuentras en mantenimiento pacientes que tienen un discurso de adelgazamiento, el mantenimiento depende mucho de que etapa este. En el principio se atraviesa un gran temor a perder lo logrado y después tal vez empiezan a elaborar el duelo de que no van a volver a comer como antes. No lo tienen muy confirmado pero se dan cuenta en el mantenimiento que si vuelven a comer como antes van a volver a engordar como antes. Entonces las intervenciones en el descenso apuntan más a incentivar al paciente a que haga la dieta perfecta, que no se salga, a que se conecte con los grupos, de manera casi te diría que diaria, y por ahí la intervención en mantenimiento apunta más a que “una vez que las capas de cebolla se fueron” el paciente pueda ver más que rasgos de carácter puede modificar para que la delgadez se le haga sustentable, porque vos viste que las características del paciente que tiene muchos kilos de más o que tiene un vínculo fuerte con la comida tiene rasgos muy infantiles, ellos son yoistas, yaistas, son exagerados, quieren todo ya, tienen como una voracidad aplicada a todo lo que es la espera de algún acontecimiento suceda, no sé, desde que le llegue algo que compraron por mercado libre hasta que la llame por teléfono la madre, están todo el tiempo con esa tensión de que si las cosas no se generan ya entonces están así como, sumado a las cosas que le puedan pasar en la vida, no se una muerte, un accidente, una enfermedad, un alegría, porque a veces cuando tienen cosas muy

alegres también se les dispara esta cosa de ir a festejar con comida, pero las intervenciones cambian en ese punto. Vos a los pacientes de mantenimiento los vas hacer para lado de ver “ahora sí que se le fue la grasa del cuerpo” que cosas de su carácter tienen que trabajar.

E: ¿Y qué importancia tiene la imagen corporal en la obesidad?

P2: Bueno uno podría decir que un gordo hizo un abandono de persona agravado por el vínculo, porque evidentemente mucho al estética corporal no le importo, porque la estética corporal si alguna persona le importa le sirve de límite para no engordar, si a vos no te importa, si sos una persona normal, delgada y te importa cuidar eso, no vas a subir de peso, seguramente vas a preferir no comer la segunda porción de torta. Pasado cierta cantidad de kilos, yo creo que la persona que no puede parar de comer, piensa que no le importa ya la estética corporal y que lo más importante de la vida pasa por otro lugar, entonces empiezan con frases tales como “Lo importante es lo de adentro”, “Lo importante es ser una buena persona” y eso está muy sostenido en toda la parte discursiva a nivel cultural que tiene que ver con “dejar libre tu cuerpo, esto de si sos gordo sos gordo, si sos flaco sos flaco y no importa” “los talles aumentaron, en realidad para vender”; y la gente se olvida que la obesidad es una enfermedad. Por ejemplo para LALCEC en la Liga Argentina de la lucha contra el cáncer: La principal causa de contracción de cáncer en Argentina es la Obesidad, las personas que tienen sobrepeso u obesidad son más proclives a contagiar cualquier enfermedad, ni hablar del coronavirus, porque las células grasas son células inflamatorias que no solamente la persona gorda tiene la estética arruinada, tiene todos los órganos llenos de grasa, tiene totalmente inflamada toda la parte de las arterias, y tiene más riesgos de sufrir alteración, como digamos un infarto, o una ACV, por lo tanto no es tan alegre lo que la cultura lanza de “Bueno no importa si sos gordo o flaca, y hora vivan las modelos gordas porque es cool”, y esto es una enfermedad, a nadie se le ocurriría decir comamos azúcar y que importa la diabetes total cada cual... Entonces yo creo que llega un punto de la subida de kilos, donde el paciente ve que no puede manejar la estética, y la inscribe dentro de otro discurso, como yo te decía, lo importante es ser una buena persona, por lo general el gordo o la gorda busca ser una buena persona, hacen como como una reacción reactiva en el carácter y porque? Y porque, encima de gorda mala? No. No es lo mismo que te digan gorda a gorda de m****.

E: Claro, bueno justamente esto también quería abarcar, hablamos de esto que instruyen los medios, es algo sociocultural, donde interviene mucho aspectos y los medios de comunicación, que informan y todo se internaliza en él y sus pares, y todas sus redes. Ya sea esto de que el obeso tiene

que ser aceptado o ya sea que tiene que tener cierto estigma corporal para estar bien. Entonces te iba a preguntar eso, que factores físicos, socioculturales y psicológicos influyen en la imagen corporal.

P2: Yo creo que a nivel cultural siempre existieron estándares de belleza, y parámetros de estética, si uno se remonta a la época del Barroco, los parámetros de estética eran unos, en el Renacimiento fueron otros, en la mitad del siglo XX fueron otros, pero los años 60/70 se usaba la figura de la mujer hiper-flaca porque empezaron a salir las anfetaminas entonces las mujeres podían estar ultra delgadas porque podían tomarlas, antes en los años 50 se usaba el cuerpo con más curvas y cola, en los años 80 empezó a cambiar el perfil de la mujer, y ya hacia los años 90/2000 empezó a darse como una homogeneización creo yo de las forma corporales, donde de pronto antes las mujeres por ejemplo le gustaba no tener panza, incluso se paraban de una manera como sacando pecho y cola, y después se empezaron a parar como con la cadera hacia adelante, donde no importaba casi si se te salían los rollos, si el pantalón te saca los rollos a los costados no importa, está bien, es aceptado. Yo creo que eso obedece no sólo a una cuestión digamos cultural sino una cuestión de mercado, el mercado necesita vender comida porque antes vendía tabaco, ahora el tabaco está negativizado entonces tiene que vender comida. Entonces bueno, la consecuencia de vender comida, es que la gente engorde, y qué hacemos? Y bueno, vamos a decirle que está bien estar gordo, que está mal estigmatizar a una persona porque esta gorda, yo coincido que no hay que estigmatizar a nadie, pero no le metamos el mensaje que si “Sos gordo sos libre”, si sos gordo estás enfermo, entonces que empezó a pasar? Empezaron a existir las camas dobles, triplex, los autos con butacas grandes, camionetas enormes sobre todo en EEUU, la ropa con elastano para que la gente no se sienta incómoda, osea date cuenta cómo va habiendo una implicación entre los patrones culturales y las cuestiones del mercado, no es que la cultural obedece solamente a 3 locos que se les ocurrió diseñar para Versage o a las casas de alta costura. Después me preguntaste del punto de vista cultural, psicológico y físico. Bueno desde el punto de vista psicológico vuelvo al uno, me parece que no creo que a ningún chico o chica le guste sobre todo su etapa de adolescencia no creo, creo que los niños sufren cuando se dan cuenta su cuerpo está pesado, esta gordo, pero muchas veces no saben cómo hacer para reivindicar eso, y eso trae muchas complicaciones a nivel psicológico. Vos primero pensá, cuando una niña es gorda y empieza como adolescente, cuando tiene que salir al mundo y ofrecerse como un cuadro a la vista del otro, no todas las chicas están gordas, y las gordas se comparan con las otras y sufren, si no hay una respuesta por parte de la familia y se quedan como

un tema a ver cómo lo resuelven y sufren, como también sufre al anoréxica, son dos extremos, pero bueno eso lo ves solamente en el uno a uno, porque hay tantos casos como pacientes, así que desde el punto de vista psicológico yo creo que sí, que la imagen y la estética tiene mucha preponderancia. E: ¿Y entre hombre y mujeres quienes crees que tiene más presión social a la hora de la imagen corporal?

P2: En la época actual yo creo que no es distinto, tanto hombres como mujeres, sobre todo en la adolescencia tiene cierta presión estética, después al varón se le piden otras cosas; “Se le pide que gane bien, que gane plata”, la cultura que le perdona mucho más la panza al varón que a la mujer, por ejemplo: Un tipo que tenga un lindo auto, y que gane bien y que tenga un posición económica alta probablemente si es gordo y pelado va a conseguir candidatas igual. Una mujer si es gorda y pelada, por más que tenga toda la plata del mundo no levanta ni a la mañana. Es así porque por lo menos en la sociedad Argentina en una cuestión de mucha más exigencia hacia la mujer, yo siento que particularmente que a la mujeres se nos pide mucho más que a los hombres, se nos pide que seamos lindas, inteligentes, buenas minas, que ganemos bien, osea hay un montón de cosas. Quizás yo la pase mal y ahora las cosas son distintas con esto de la cuestión de género y demás. Yo vivía en un Pueblo del interior de la Provincia, curse toda mi adolescencia bajo un periodo militar donde tenias que ser de determinada manera porque cualquier desviación, y si a los 25 no estabas casada ni tenias hijos, olvidate que quedabas como si en l vida no ibas a encontrar algo. Yo lo viví con mucha presión, yo me acuerdo que se usaba mucho hacer dietas, yo creo que ahora hay una cuestión más de ir mirando a una alimentación saludable, antes tenías que hacer dieta porque tenias que estar flaca. Yo la veo a mi hija hoy que está muy relajada, tiene 33 años tiene su novio, pero no piensa tener hijos por ahora, no estudio, me da pena porque es muy inteligente pero no estudio, hizo un curso de maquillaje y labura en la Universidad de Buenos Aires, pero está muy relajada, yo pienso que ella no tuvo esas presiones que tuve yo, y menos le importa el nivel estético, ella es alta flaca pero si se tiene que tomar tres birras y comerse dos hamburguesas se las come tranquilamente, yo me mataba en el gimnasio, ella hace yoga, como que yo veo un cambio en la cuestión estético desde le punto de vista cultural, más generacional.

E: ¿Realmente es importante una buena imagen corporal para el bienestar y la completud del paciente obeso?

P2: Y mira, a ellos, no les empieza a importar la estética casi hasta cuando están por llegar al peso, recién ahí les empieza a importar más lo estético, durante el descenso no les importa tanto, están

muy ocupados en bajar, siempre tiene la ilusión del final, bueno, cuando llegue suponetete que digan “no me gusta lo que veo en el espejo”, muchas veces en el nivel estético se ven mucho más gordo después de haber bajado los primeros 10 kilos que cuando llegan a la clínica, porque el trastorno de alimentación hace que así como la anoréxica se ve gorda, la gorda no se ve tan gorda, se ve flaca, porque vos empezás a ver obesidad cuando estás flaca, ahí ves, en la delgadez empezar a ver que tan lejos me mantuve, pero mientras va pensando, esta como con esa “zanahoria”, cuando llegue voy a estar más linda, cuando llegue voy a estar mejor, cuando sea flaca me voy a poder poner tal ropa. El problema empieza cuando llegan y esa promesa no se cumple en su totalidad o se cumple parcialmente, entonces empezamos ahí a trabajar con la cuestión estética, entonces ese cuerpo que quedó, tiene que ser aceptado, cuidado, tiene que empezar a gustar, y eso bueno son un montón de cosas ligadas al tratamiento, la actividad física, la alimentación.

E: Ahí justo me diste respuesta de otra pregunta (risas), claro, porque las personas que fueron en su momento flacas y muchas desde un principio fueron en realidad desde la niñez tuvieron problemas de obesidad. Entonces una persona que es flaca y que engorda, tiene que hacer entonces como una “mutación” de ese nuevo cuerpo, y ese proceso cómo lo viven?

P2: Depende mucho de cada quien, de las expectativas que tenían al final del camino, como vos bien sabés la mayoría reincide en la obesidad, bajan, les dura nada, vuelven a subirse, vuelven a bajar, entonces más allá de la primera vez que evidentemente el cuerpo mucho no le gusto o no pudieron conservarlo y volvieron a subir, más o menos en la tercera vez se empiezan a dar cuenta que tiene que hacer otra cosa como para poder quedarse flaco y ahí empiezan a trabajar más con esta cuestión de la aceptación; de que cosas de mi cuerpo van a quedar así, y que cosas de mi cuerpo voy a poder modificar, yo creo que ahí es donde más se trabaja la parte estética, con una mirada a la salud física y mental, no a la belleza.

E: Y hablando de ese tema XXX, la cirugía estética es un tema que se hable y lo relacionen con la imagen corporal, porque a ver, la cirugía del bypass supongo que no es una opción en la institución porque se quiere justamente que la persona aprenda los hábitos alimenticios para que pueda bajar, porque el bypass si bien te reduce el estómago y el apetito, pero no aprendiste la conducta de alimentarte bien. Ahora, la cirugía estética una vez que la persona por ejemplo baja de peso, hay muchas cirugías que pasan de ser estéticas a tener que ver un poco con salud, porque la persona que bajó 70 kilos por ejemplo tiene estas cuestiones de la piel. La cirugía lo ven viable para la imagen corporal, es viable también en la clínica?

P2: Totalmente, nosotros hablamos todo el tiempo de las cirugías, y que se hagan después de 1 año de mantenimiento, salvo que sea una cosa muy invalidante para el paciente, o que tenga una detracción o que tenga alguna cuestión que este muy ligada con la salud, pero por lo general aconsejamos 1 año de mantenimiento y que recién después, porque también lo que hemos visto es que si ellos se apuran y hacen una cirugía prematura, después no pueden mantenerse por más operado que este vuelven a engordar. De las operaciones más comunes es la lipolipectonomía que es la cirugía de la panza que se recortan, incluso algunos se recortan toda la vuelta y se quitan toda la piel, de adelante y de atrás. Yo me acuerdo de un paciente que se operó todo, se operó la panza, la entrepierna, los brazos y después volvió a engordar, entonces la cirugía no garantiza que la estética quede bien, ¿me entendés? Que el paciente vaya a conservar el peso porque sí, porque ahora se operó, y que ahora se va a cuidar. Entonces nosotros lo primero que les decimos es que traten de aceptar el logro y después van a ver qué es lo que se pueden hacer.

E: Claro te entiendo, una de las afecciones que pueda tener la imagen corporal es que esta se perciba como negativa no? Porque yo creo que la persona en tratar de aceptar este nuevo cuerpo, quizás puede hacer un afrontamiento muy desadaptativo, sentir insatisfacción y sentimientos de vergüenza, evitar sus relaciones sociales, justamente por lo que me decías, que no se llegan a ver cómo con esa "ilusión" que tenían.

P2: Hay un trastorno dismórfico corporal porque muchos casos aún estando flacos se siguen viendo gordos, no pueden vivir esa delgadez. Lo que nosotros recomendamos es que durante el descenso, hagan mucha actividad física al espejo, para que ellos vayan viendo. Inclusive si pueden hacer clases grupales y comparar su cuerpo con otro. Por que me ha pasado, ponele, con pacientes que estaban flacos y empezaron hacer gimnasia aeróbica en un espejo y se angustiaron muchísimo porque veían las piernas de ellas y no las veían como propias, ósea es una cuestión psicótica. También me paso una vez que un paciente que había bajado como 60 kilos, se encaró una chica una noche en un boliche y después en un momento estaban en el auto y él tenía el carnet de conducción y le dijo: "mira, en realidad este que ves ahora no soy yo, yo soy este de la foto, lo que pasa es que yo..." ¿me entendés? Es como que no pueden hacerlo propio, les cuesta, por eso hay que trabajar mucho. Inclusive nosotros en un momento teníamos talleres de imagen corporal.

E: Se percibían claramente las estrategias de intervención para la imagen corporal así el paciente pudiera adaptarse mejor a ese cuerpo.

P2: En el taller se trabajaba mucho con esta cuestión de, me acuerdo que una actividad que hacían

era dibujar su silueta, los ponían contra un papel, y después se alejaban; trabajaban mucho de a dos, hablaban de los temas que no le gustaban de su cuerpo, viendo fotos, comparándose, como tratando de objetivar la imagen como tratando de trabajar de afuera hacia adentro. Yo me acuerdo que una vez, un ejercicio en un grupo de mantenimiento que tuvieron que traer una mochila con botellas de coca-cola llenas de agua, según cuanto habían bajado, y tenían que ponerse la mochila con las botellas dentro, y subir y bajar un step, no sabés la reacción. Tenían una chica que había bajado 30 kilos, y no podía creer que tenía ese peso encima, que soportó todo eso.

E: ¿Estas estrategias de intervención eran distintas para las personas que estaban en descenso de peso a las de mantenimiento?

P2: Si, porque la persona que está en descenso no está demasiado preocupada por la estética todavía, se empieza a preocupar cuando está llegando. Por eso realmente considero que es importante un tratamiento que haga hincapié en la imagen del paciente obeso.

E: Muchas gracias XXX por tu tiempo.

P2: No por favor, a vos, y éxitos con la entrega.

Entrevista 3

E: ¿Cómo crees que pueda llevarse a cabo un taller de imagen corporal?

P3: Son especialmente las mujeres las que están atravesando un problema con su aspecto físico, Me gustaría ayudarlas a que puedan transitar de una manera más feliz su paso al llegar al peso ideal, que aprendan a vestirse, a moverse, a verse de alguna manera con ese cuerpo que van teniendo en el descenso mientras hacen la terapia de los grupos y algunas terapia personal.

E: ¿Qué estrategias crees que deban utilizarse? Quizás especialmente en pacientes que bajaron mucho de peso, ¿cómo empieza esa autopercepción?

P3: Yo sostengo que uno debe tratar de mirarse amorosamente en el espejo, aprender qué partes de tu cuerpo te gustan. Generalmente, la sociedad nos ha enseñado empezar porque es lo que no te gusta, entonces la consigna pasa a ser: "Esto no te gusta, ok, vamos a cambiarlo, a taparlo o a disimularlo" y yo creo que la estrategia tiene que ser, que es lo que a vos te gusta, que podemos destacar y a eso apuntar (Ya sea el escote, las manos, las piernas, la espalda etc.) Yo creo que todos los hombres y mujeres tenemos una parte que nos da seguridad en nuestro cuerpo. Pienso que estos talleres inculcarían una autopercepción positiva desde el punto de seguridad y conciencia, para que la mirada del otro vaya hacia donde uno quiere que vaya, y quizás no sentir tan agresivamente la mirada del otro que juzga, y que lleva a que el paciente obeso atravesara el proceso con vergüenza.

E: Claro, bueno, a veces en el paciente obeso el peso que logra bajar no termina identificándolo y le cuesta encontrarse cómodo.

P3: Sí, pasa con los pacientes obesos que pierden mucho peso, que no se reconocen. Me ha pasado con hombres que pierden mucho más peso del que tenían que perder, que tenían que bajar 100 kilos, llegaron a su peso ideal, pero seguían perdiendo peso porque no tenían un registro de su peso, no se encontraban, y cuando se miraban en el espejo, era otro cuerpo con su cara.

E: ¿Consideras que este tema de la imagen corporal repercute más en mujeres que en hombres?

P3: Sí totalmente, en especial en mujeres que cumplen y pasan los 40 tienen esta cosa que se inspeccionan y no se miran. Yo insisto mucho en la pisada y la mirada, la mujer a esta edad afronta todo de otra manera. Hay distintas formas de cuerpos, figuras estándar que dejan de lado hablar de un todo. Yo insisto y les digo que no compren ropa más chica, porque cuando van a un probador y después no les queda, entra a jugar la ansiedad "hasta cuando voy a entrar en ese pantalón", que quizás no se si está mal marcado. La mujer también busca sensualidad, es más crítica de su cuerpo que el hombre, y cuando tiene tanto sobrepeso siente que lo ha perdido y en general también suelen usar ropa negra y holgada. Me ha pasado que algunas que me cuentan que tienen solo el espejo del baño, o sea un espejo de rostro. Bueno, varias veces les sugerimos que compren un espejo completo, este es un primer desafío para acercarse a ellas mismas. Por ejemplo, una de las pacientes contaba que en su terapia personal, empezó con varias tareas para "revivir" esa sensualidad que sentía que no tenía cuando bajo todos los kilos, bueno, una de ellas era que se pintaba los labios de rojo cosa que jamás hizo, arreglarse distinto, cambiar la vestimenta típica del color negro, aunque sea al principio manteniéndose entre tonos oscuros, pero variando que no sea todo negro, entonces este verse en el espejo más seguido le ayudo mucho con su seguridad, se veía y se sentía linda, ella decía: "El tratamiento no sólo me ayudo a sacarme peso de encima, sino a también a empezarse a mirarme de otro modo, a fortalecer mi autoestima, y a empezar a cuidar mi salud y mi vida".

P3: Mira otra cosa que yo siempre les digo a las pacientes es que "El tratamiento puede ser un esfuerzo, vivir gordo es siempre un sacrificio son días continuos de dieta impecable, pero es más fácil hacerlo que padecerlo" . A ver, en el tratamiento para descenso lo que no puede faltar para concretar la delgadez es eso, días continuos de dieta, y no hay continuidad sin renuncia, y principalmente renunciar a las ganas del picoteo y la inmediatez, es un proceso. Cuando el obeso se deja llevar por las ganas, pierde de vista el objetivo de ser flaco, se le va, pierde la LEY DEL NO, pero bueno, ese NO necesita de entrenamiento. El obeso trabaja mucho en el límite de su amor

propio.

E: Muchos pacientes obesos transitan otra etapa para verse bien, ya sea por medio de cirugías médicas o estéticas. Porque muchos bajan de peso y necesitan hasta por salud esta cirugía del recorte de piel, pero por supuesto con una terapia de por medio que les haya permitido adquirir los hábitos y su peso adecuado antes de hacerlo.

P3: Yo tuve dos pacientes en la clínica después de hacerse un bypass gástrico, bajo 117 kilos una y la otra 80 maso o menos y lo que les pasaba era que sentían que en donde usaban un aprenda floja engordaban, entonces venían con calzas con flores y una musculosa al cuerpo con una remera manga larga arriba para no mostrar los brazos, porque la estética no la tenían hecha. Justo una se iba de viaje importante y tenía en el mismo un montón de reuniones y no sabía cómo vestirse, pero el problema era que tenía miedo de colocarse un jean y subir los 117 kilos, ella sentía que si entre su piel y la prenda había aire iba a rellenarlo de peso. También había otra paciente que media 1.80 tenía 50 años, se hizo el bypass y se sentía gorda si no entraba en el pantalón talle 25 y no hay manera de pretender tener el cuerpo de los 20, porque ella fue obesa de adulta.

E: ¿Particularmente pasa más con hombres o mujeres?

P3: Suele pasar más en mujeres

E: ¿Considerás que es importante intervenir en la imagen corporal en pacientes en tratamiento con descenso de peso?

P3: Si, totalmente, yo pienso que hay que hacer hincapié en que conozcas tu cuerpo y la imagen que das pero para tu seguridad, pero nunca para el otro, yo les digo: Acéptense, enamoren de su cuerpo, combatan esos pensamientos negativos y entiendan que este cuerpo pasó por un proceso, el cuerpo necesita de tiempo y autocuidado, bajar de peso te pide que hagas otro proceso, el de aceptación, todo el mundo debería aprender a amar su propio cuerpo, porque lo importante no es ser bello, sino gustarse a uno mismo, si te sientes lindo o linda, lo eres, y eso transmitirás a los demás, pero si aceptas pasivamente el modelo de belleza que te imponen desde fuera, terminarás pensando que eres horrible, y al obeso le pasa eso, tiene en su cabeza una imagen puntual de alguien o inclusive de ellos mismo que la mayoría de veces no encaja con lo que encuentra después del descenso, y ahí empieza la lucha de adaptación. Un taller preparado que pueda acompañarlos, creo que puede inclusive acelerar los tiempos del tratamiento. El paciente obeso quiere recuperar esa imagen que recordaba, además de mantenerse en un equilibrio de persona sana.

E: XXX muchas gracias por este espacio de verdad.

P3: No por favor, con gusto, mucha suerte.