



**UNIVERSIDAD  
DE PALERMO**

*Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*

**Trabajo Final de integración**



**Psicoterapia cognitiva conductual para el trata  
la obesidad.**

**UNIVERSIDAD  
DE PALERMO**

Carrera: Lic. en Psicología

Tutor: Dr. Eduardo Leiderman

Autor: Konfederak Melina

Fecha de entrega: 19 de noviembre de 2007

# Índice

<b>1.Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Recorrido histórico de la alimentación.....</b>	<b>6</b>
.....	<b>6</b>
2.1. <i>De nómada a sedentario.....</i>	6
<b>3.Obesidad - Definiciones.....</b>	<b>10</b>
3.1. <i>Índice de Masa Corporal.....</i>	11
3.2. <i>Riesgo de mortalidad por efecto del índice de masa corporal.....</i>	11
.....	12
3.3. <i>Consecuencias de la obesidad.....</i>	12
<b>4. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).....</b>	<b>14</b>
4.1 <i>Síndrome de descontrol alimentario ó Trastorno por atracón.....</i>	14
<b>5. Modelo Cognitivo Conductual.....</b>	<b>16</b>
5.1. <i>Principios de la terapia Cognitiva Conductual.....</i>	18
.....	<b>20</b>
<b>6. Antecedentes de la terapia cognitiva conductual para la obesidad.....</b>	<b>21</b>
6.1. <i>La Importancia del medio.....</i>	21
6.1.1. <i>Técnica del Autocontrol.....</i>	22
<b>7. Descripción del Tratamiento .....</b>	<b>23</b>
7.1. <i>Características Generales de la Institución.....</i>	23
7.2. <i>Marco Teórico de la Institución.....</i>	24
.....	24
7.3 <i>Técnicas utilizadas en los Grupos.....</i>	26
7.4. <i>El trabajo en los grupos.....</i>	27
7.5. <i>Grupos intensivos.....</i>	28
7.6. <i>Grupos de dos veces por semana.....</i>	28
7.7. <i>Actividad física.....</i>	29
7.8. <i>Grupos de mantenimiento.....</i>	29
7.9. <i>Adicción – “Su circuito”: Definición.....</i>	31

7.10. *¿Existen casos de trastornos de la conducta alimentaria en la institución elegida?*.....32

**8. Integración del Caso Clínico con la Teoría.....33**

**9. Fortalezas del tratamiento.....39**

**10. Debilidades del tratamiento.....41**

**11. Conclusión.....42**

**12. Epílogo.....44**

**13. Referencias bibliográficas.....46**

## 1. Introducción.

De acuerdo con Papalia D.E. y Olds S.W. (1988, p.122) aunque la mayoría de nosotros tiene garantizada su alimentación diaria, comer significa mucho más que almacenar mero combustible para el cuerpo. La comida puede simbolizar amor, obligaciones sociales, o ser un signo de opulencia.

Todas las sociedades han desarrollado rituales que giran en torno a la comida.

La manera de comer puede reflejar nuestras actitudes hacia nosotros mismos, hacia nuestra familia y nuestra sociedad.

Se sabe que los que padecen de obesidad pueden tener problemas físicos como colesterol, peligro de hipertensión, arteriopatía coronaria, trastornos de lípidos y diabetes insulino dependiente, entre otras. Además estando con sobrepeso las personas pueden estar limitadas en su vida dependiendo de terceros para vestirse, atarse los cordones o moverse, entre otros.

Lo mismo puede ocurrir con la vida social, dado que hay gran cantidad de personas con sobrepeso que no se animan a salir por vergüenza, o se aíslan, sin pensar que pidiendo ayuda sería una mejor solución para el problema de la obesidad. En general, quienes padecen de obesidad son personas que no pueden parar de comer cuando las situaciones los superan y creen resolverlas comiendo.

### a) **Objetivos de investigación:**

Objetivo general:

El presente trabajo tiene como objetivo describir la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en una paciente que padece obesidad.

Objetivo específico:

- Describir el tratamiento cognitivo conductual para la obesidad
- Describir los cambios físicos, y los logros en la calidad de vida a lo largo del proceso de descenso del peso y mantenimiento de la paciente.

Se presentará brevemente el caso clínico de L. Luego se detallará con mayor profundidad en los apartados 8 y 9 del presente T.F.I.

---

Se eligió este caso por lo siguiente motivos:

- Por la complejidad del cuadro que presentaba cuando la paciente llegó a la clínica en cuanto a su compromiso físico, psíquico y social.
- Por el esfuerzo, dedicación y decisión realizados por ella durante los meses de tratamiento para ir revirtiendo todas esas conductas, hacer mejores elecciones y tener una mejor calidad de vida.
- Por el compromiso que tuvo con respecto al tratamiento, logrando adelgazar 101 kilos en quince meses y mantenerlos desde hace tres años.

Adicionalmente se efectuó una serie de entrevistas con la paciente para analizar la evolución sobre los cambios que ha realizó a lo largo de su tratamiento.

## 2. Recorrido histórico de la alimentación.

### 2.1. De nómada a sedentario.

En la prehistoria y, más específicamente, el período paleolítico, la alimentación estaba supeditada solamente a la satisfacción de una necesidad biológica y a la supervivencia.

Nuestros ancestros desarrollaron prácticas agrícolas hace unos 10 mil años atrás y, si bien dicho advenimiento fue muy favorable en múltiples aspectos, marcó un período caótico en cuanto al cuidado del cuerpo.

Los registros fósiles nos dicen que se produjo una disminución masiva del promedio de estatura, un incremento rápido de enfermedades y obesidad. Esto en el marco de una población que sobrevivió a la transición de un estilo de vida, de caza y recolección a una dependiente de la agricultura.

La caza y la recolección implicaban un estilo de vida nómada, con asentamientos temporarios y una organización social dispersa, sujeta a las arbitrariedades del terreno y del clima.

En cambio, la irrupción de la agricultura modificó totalmente dicha modalidad de vida: de nómada, el hombre pasó a ser sedentario; en lugar de correr en busca de su alimento, lo generó él mismo, por medio del cultivo de la tierra y se transformó en un productor.

Consiguientemente nació el tan temido binomio: mucho ingreso y poco egreso, mucha ingesta y poco ejercicio físico, enmarcados por un cambio sustancial en la calidad de los alimentos.

La dieta de nuestros antecesores pre-agrícola consistía, ante todo, en carne, insectos, vegetales, frutas y frutos secos.

La llegada de la agricultura incorporó papas, legumbres (maní, soja, porotos), cereales (trigo, maíz, arroz, cebada y avena) y más tarde, alimentos procesados (azúcar, alcohol, pan, pastas).

Hoy en día se sabe que una alimentación alta en carbohidratos refinados -azúcares, harinas- no es tan saludable como se creía.

*La obesidad fue una de las consecuencias de la alteración del estilo de vida y de la alimentación.*

La falta de límites, cuando se come en exceso, trae aparejado el engorde. El exceso es, entonces, el común denominador en esta tendencia.

González, 1986, argumenta que la obesidad, en la actualidad, es un problema con gran repercusión social, ya que existe una proliferación cada vez mayor del concepto de "culto al cuerpo". Ante esta visión narcisista, nos encontramos con unas exigencias sociales con las que debemos "comulgar", puesto que la no aceptación de estos modelos impuestos, generalmente supone un cierto distanciamiento y desadaptación social. Todo está reforzado a su vez por un entramado empresarial que fomenta el consumo de una larga gama de productos dietéticos, los cuales se presentan como la panacea y solución rápida y eficaz a los problemas de sobrepeso.

A continuación veremos como fue concebida la gordura en el mundo occidental a partir de los griegos, para luego adentrarnos en sus características actuales.

Según Ravenna, M. (2004), la concepción moderna del "bien vivir", es la moderación como signo de las buenas costumbres que deben dirigir los actos. Con la aristocracia cortesana del siglo XVI aparecen las primeras indicaciones sobre los modales en el comer. La civilización implica, buenas maneras y pertenencias a una clase social.

Asimismo dicho rechazo ante el desborde se extiende hasta principios del siglo XIX, momento en que la cultura del comer es arremetida por un nuevo fenómeno: el sentido del gusto, el que a la vez procura sensaciones (sabor, fragancia, tiempo, textura), permite otras percepciones múltiples y sutiles (recuerdos, emociones, deseos).

Es a partir de este momento que se acrecienta el hecho de comer sin tener hambre y beber sin tener sed, en lugar del "placer de la buena mesa".

El gusto se traslada, además, al aspecto estético y se sientan marcadas las bases de lo que sucede en la actualidad. En principio, se marca la falta de armonía del cuerpo, como una suerte de depósito que se llena en forma desigual. Pero debido a que la armonía es concebida como sinónimo de belleza, la misma requiere una extrema vigilancia para que comer mucho no altere la estética corporal.

Sin embargo, a pesar de la intermediación del gusto, el carácter ilimitado del deseo puede arrastrar al hombre al desequilibrio con su consecuente obesidad. Y más allá del desorden corporal, priman la desdicha y el sufrimiento que producen una renuncia a la satisfacción inmediata. (Branguinsky, 2000, p. 13).

Pero es a partir de ese imperativo de salubridad y estética que comienza a gestarse la promoción de un cuerpo sano y armónico. Se importan técnicas orientales, se imponen la comida naturista y comienza una ferviente batalla para proporcionar distintas dietas adelgazantes.

Consecuentemente con el cambio, las revistas femeninas proponen distintos trucos, para que las mujeres “realcen sus encantos”, siempre con el telón de fondo de la dieta de moda.

Por consiguiente, la dietética se convierte paulatinamente en un conjunto mecánico de instrucciones destinadas a evitar enfermedades y a conformar un cuerpo que responda a los cánones del modelo hegemónico, con una interiorización respecto de aspectos tales como que alimentos, bebidas o ejercicios son convenientes para cada persona en particular.

Una vez posicionadas las dietas populares, ante el fracaso de las mismas o simplemente como complemento, surgen los remedios para adelgazar, recetas supuestamente mágicas y a la vez muy controvertidas, cuyo uso produce terribles consecuencias físicas, psicológicas y neurológicas.

La modernidad introduce el confort y éste, a su vez, viene acompañado por el auge del consumo, dupla peligrosísima en lo que al cuerpo refiere.

De acuerdo con Ravenna, (2004, p. 45) *hay una década que es clave para entender por qué actualmente la obesidad tiene el carácter de epidemia mundial. La década del 1990.*

Tal es así que impulsada por el marketing y por sobreoferta de los “milagrosos” alimentos diet, la gente come tres veces más que hace 20 años.

Las distintas tendencias modernas dirigidas el aumento de la prosperidad y la urbanización, junto con la aparición de comodidades como: el automóvil, la computadora, la televisión, las heladeras más grandes con freezer, el delivery, una mayor publicidad sobre comidas, varias cadenas de supermercados y la

---

aparición de kioscos en cada manzana de la ciudad, dan lugar a la aparición de la obesidad y el sedentarismo.

En consecuencia, en la década de los 90 se acentúa el predominio de la quietud por sobre la movilidad corporal: todo es más fácil, más sedentario y automático.

### 3. Obesidad - Definiciones

“Es un exceso de grasa corporal sobre los valores normales”. (Odrizola, 1988; Vera Guerrero, M.N.; Fernández Santiago, M.C, 1989; Bray, G.A. 1989, p.321).

“La obesidad es un cuadro de gordura excesiva, general o localizada”.  
(Mahan; Escote Stump, 1996, p.472).

La obesidad no es una enfermedad propiamente dicha, pero tras un período de latencia bastante prolongado, se convierte en el principal motivo de consulta en diabetología (más del 50% de los pacientes ; en cardiología aproximadamente un 40%), en reumatología, en circulatorio o en digestivo. (Creff, A.F.; Herschberg, A.D, 1981, p.115).

Una investigación llevada a cabo en Estados Unidos, por el Nacional Institute of Health Consensus Development Panel (NIDDM), en 1985 para evaluar el nivel de conocimiento sobre la obesidad, determinó que el incremento de 20% en el peso corporal aumenta en grado substancial el peligro de hipertensión, arteriopatía coronaria, trastornos de lípidos y diabetes insulínica.

“Si la ingestión de energía supera su producción, la energía excedente se almacenará principalmente como tejido adiposo. Si se mantiene esta situación durante un cierto período, conducirá a la obesidad”. (Astrand, P.; Rodahl, K. 1991); Fax, E.L.(1987).

Según McArdle; Katch F.I.; Katch V.L.(1990), hasta hace poco, se creía que la causa principal de la obesidad era el comer demasiado, y por ello la manera más fácil de reducirla sería disminuir la cantidad de comida consumida. Si fuera así de sencillo, agregar, se eliminaría pronto la obesidad como un problema principal de la salud. Evidentemente operan otros factores tales como influencias genéticas, ambientales, psicológicas y sociales.

“La obesidad es con frecuencia el resultado de una actividad física demasiado escasa, antes que de una alimentación excesiva”. (Mayer y Thomas, 1967 citados por Astrand, P. y Rodahl, K. 1991).

### 3.1. Índice de Masa Corporal.

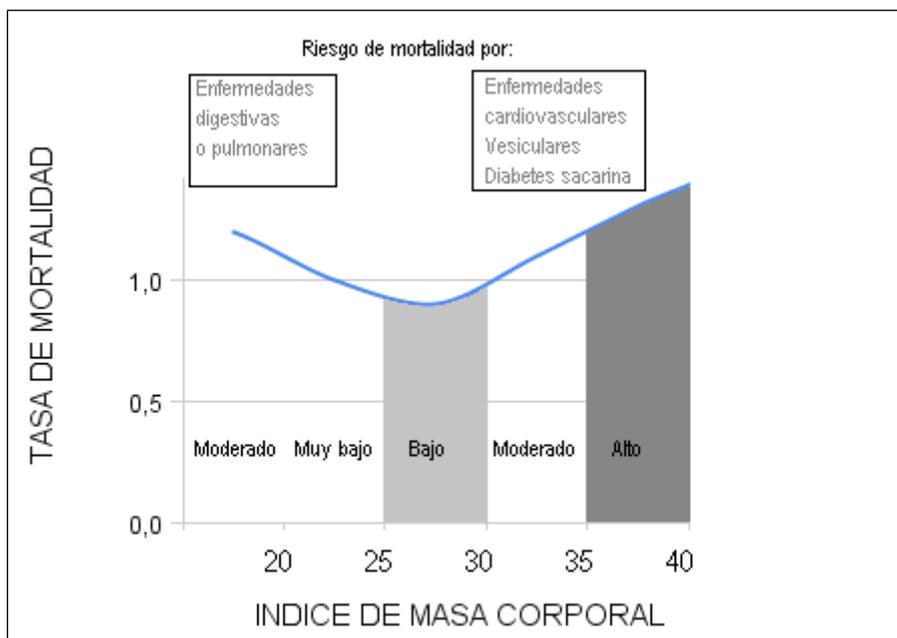
El Índice de Masa Corporal de una persona es el cociente entre el peso y la altura al cuadrado. A pesar de que no hace distinción entre los componentes grasos y no grasos de la masa corporal total, éste es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad.

$$\text{I.M.C} = \text{peso}/h^2$$

- Entre 25 y 30 se observa un aumento de riesgo. Los pacientes con este peso son considerados con "sobre peso" o "exceso de peso".
- Entre 30 y 35 se considera "obesidad leve", entre 35 y 40 se considera "obesidad moderada".
- Por encima de 40 se considera "obesidad mórbida".
- Bajo los 20 Kg/m<sup>2</sup> también se observa mayores índices de dolencias pulmonares y desnutrición. Están en esta lista, por ejemplo, quienes padecen de anorexia nerviosa.

El índice ideal, por tanto, se sitúa entre los 20 y 25 Kg/m<sup>2</sup>

### 3.2. Riesgo de mortalidad por efecto del índice de masa corporal



(Kathleen Mahan, L.; Escote-Stump, S. 1996, p.473).

### 3.3. Consecuencias de la obesidad

Anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias, físicas, psíquicas y sociales.

Según Mc.Ardle, Katch, F.I.; Katch, V.L (1990,p.108), la obesidad conlleva: el deterioro de la función cardíaca debido a un aumento en el trabajo mecánico del corazón y a la disfunción del ventrículo izquierdo; la hipertensión; la diabetes; la enfermedad renal; la enfermedad en la vesícula biliar; enfermedades pulmonares y una función deteriorada debida a esfuerzo añadido de mover la pared torácica; problemas para administrar anestésicos durante las intervenciones quirúrgicas; osteo-artritis (enfermedad degenerativa de las articulaciones), y la gota; varios tipos de cáncer; lípidos plasmáticos y concentraciones lipoprotéicas anormales; irregularidades menstruales y una enorme carga psicológica.

Según Papalia, D.E. (1987), los efectos de la obesidad son:

1. Tensión arterial elevada.
2. Enfermedades coronarias.
3. Alergias.
4. Sinusitis.
5. Problemas psicológicos debidos a las normas estéticas de una sociedad.

## 4. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Los trastornos en la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por alteraciones graves del comportamiento alimentario, disturbios severos de la imagen corporal y distintos grados de deterioro psicofísico.

Sus consecuencias ponen en riesgo la vida del que las padece y afectan a su familia y amigos.

En la actualidad se reconoce tres tipos de TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastornos Alimentarios No Específicos (TANE).

El DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1996) no incluye la obesidad ya que no se estableció su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales.

La AN se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, acompañado de una alteración de la percepción de la forma y del peso corporal. La BN consiste en episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de laxantes, diuréticos o ambos, el ayuno o el ejercicio excesivo, también con alteración de la imagen corporal. Los TANE agrupan a una serie de trastornos que no cumplen los criterios específicos de los anteriores pero que tienen características afines. Entre ellos, el trastorno por atracón o Síndrome de Descontrol Alimentario, ya incluido en el DSM-IV.

### 4.1 Síndrome de descontrol alimentario ó Trastorno por atracón

El trastorno por atracón conocido por su nombre en inglés: Binge Eating Disorder (BED), se caracteriza por atracones recurrentes asociados a falta de control sobre la alimentación y malestar significativo, sin estrategias compensatorias. Fue agregado en el DSM-IV como trastorno de la conducta alimentaria.

La falta de control con la comida se evidencia en comer muy deprisa, comer hasta sentir una desagradable plenitud, ingerir gran cantidad de alimentos sin sentir hambre y sentirse disgustado, culpable o deprimido luego de estos episodios.

El malestar se traduce en insatisfacción antes del atracón y durante el episodio del mismo y se caracteriza por una gran preocupación por los efectos en el peso y la imagen corporal.

La frecuencia de los atracones debe ser de al menos dos días por semana y durante un período de seis meses para que sea considerado un trastorno de la conducta alimentaria.

En algunos casos los atracones se desencadenan por estados de ánimo disfóricos, depresión o ansiedad; en otros, no hay causa específica más que una sensación de tensión emocional.

Los pacientes con trastorno por atracón, en general, presentan grados variables de sobrepeso u obesidad, han realizado innumerables dietas y se sienten desesperados por las dificultades para controlar la ingesta de alimentos.

Suele ocurrir que en situaciones de estrés; situaciones de cambio (separaciones, mudanzas, escolaridad, muerte de un ser querido, ruptura de noviazgo), las personas con este trastorno tienden a ingerir mayor cantidad de comida.

A diferencia de los bulímicos, los pacientes con BED no presentan ciclos de conductas de atracón seguidos de otros de gran restricción alimentaria. En los días sin atracones, su consumo calórico es elevado.

En los otros trastornos estudiados (AN y BN), las personas que lo padecen, están disconformes con la propia imagen y sienten una preocupación exagerada por su cuerpo. En muchos casos coexisten síntomas de depresión y ansiedad. Se inicia por lo general al final de la adolescencia y a menudo luego de un gran descenso de peso logrado tras una dieta. Su frecuencia aumenta en proporción a lo estricto del tratamiento hipocalórico.

## 5. Modelo Cognitivo Conductual.

La Terapia Cognitiva es un ámbito heterogéneo que se halla en proceso de expansión y diferenciación. Quien acuñó el término fue Aarón Beck en 1976.

El enfoque cognitivo sostiene que existe una fuerte relación entre teoría, investigación y práctica.

El modelo cognitivo entiende que la habilidad de una persona para procesar información y formar representaciones mentales de uno mismo y el medio en que se inserta son cruciales a la hora de sobrevivir y tener una adecuada calidad de vida.

El planteo teórico sostiene que los procesos cognitivos y su relación con lo emocional son mediadores en la perpetuación de la patología. Por tal razón todo cambio en el sistema cognitivos se reflejará en sucesivos cambios sintomáticos y conductuales.

La terapia cognitiva surge como una aproximación caracterizada por sesiones estructuradas, con límite de tiempo, enfocada a la resolución de problemas y orientada a metas.

Para lograr los cambios deseados la terapia cognitiva plantea la importancia de: objetivos acordados, estrategia y técnicas para alcanzarlos. Terapeuta y paciente participan activamente como equipo de trabajo pero con roles distintos. Es habitual que el paciente tenga “tareas” entre una sesión y otra, como parte del marco del trabajo psicoterapéutico.

La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica, y enfatiza la colaboración y la participación activa del paciente. Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados; es educativa, tiene como objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas. (Beck J. 2000, p.38).

Los pacientes al participar activamente en estos procesos desarrollan herramientas que permiten una reestructuración cognitiva duradera y estable que se traduce en una ampliación de las respuestas emocionales, conductuales y cognitivas frente a distintas situaciones.

La terapia cognitiva se basa en el *modelo cognitivo*, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo en como las personas interpretan esas situaciones. También se basa en el supuesto teórico subyacente que un individuo posee para estructurar el mundo (Beck A., 1976).

En el tratamiento cognitivo conductual se buscan experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones:

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos. Estos son pensamientos evaluativos rápidos y breves que no suelen ser resultados de una deliberación o razonamiento, sino más bien que brota automáticamente. Estos también pueden tener forma verbal y/o visual (imágenes). (Beck, 1983, p.147).
2. Identificar la relación entre cognición, afecto y conducta.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.

La terapia cognitiva conductual se aboca a modificar comportamientos y pensamientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. El énfasis de la terapia conductiva conductual (TCC) está puesta más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”.

El terapeuta cognitivo conductual se interesa especialmente por el nivel de pensamiento que opera simultáneamente con el pensamiento superficial, que es el más evidente. Las creencias centrales son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Los pensamientos automáticos, que son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son en cambio específicos, para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición.

El curso habitual del tratamiento en la terapia cognitiva implica usualmente que en los inicios se ponga más énfasis en los pensamientos automáticos que son los conocimientos más cercanos a la conciencia. El terapeuta enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de los síntomas. Luego el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales. (Beck, J. 2000, p.35).

Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio.

La terapia cognitiva conductual pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. Ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia, mediante una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

### 5.1. Principios de la terapia Cognitiva Conductual.

1. El sujeto es el protagonista del tratamiento, ya que el objetivo final es que aprenda a ser su propio terapeuta (Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M., 1993) según Vera, M.N. y Fernández, M.C., 1989)
2. El sujeto debe estar motivado en todo momento.
3. Buena relación de trabajo sujeto-terapeuta basada en el respeto y la confianza mutua.
4. Adecuado conocimiento de las metas que hay que alcanzar con el tratamiento, por parte del terapeuta y del sujeto.
5. Conocimiento por parte del cliente de las características básicas del tratamiento, de forma tal que le resulte lógico alcanzar las metas propuestas.

## 5.2. Principales técnicas de la terapia cognitiva conductual.

En la terapia cognitiva conductual se utilizan algunas *herramientas terapéuticas*: descensibilización sistemática; técnicas de reestructuración cognitiva; técnicas de resignación de la experiencia; entrenamiento en el cambio en el foco de la atención; utilización de la metáfora; técnicas para fortalecer la autoestima; técnicas de la visualización; técnicas de resolución de problemas; técnicas de exposición; técnicas de entrenamiento de habilidades sociales; tareas para el hogar; técnicas de respiración. (Bulacio, J.M., 2004, p.184). Otra técnica utilizada por Ravenna, M. (2004, p.46), es la desdramatización.

A continuación se desarrollarán algunas de las técnicas mencionadas anteriormente:

- **La técnica de reestructuración cognitiva:** consiste en centrar y focalizar en el cambio de creencias:

1. Identificación de las creencias cognitivas y pensamientos automáticos distorsionados.
2. Sometimiento a prueba de las creencias cognitivas y pensamientos automáticos distorsionados sobre: la propia ejecución, la propia valía, la opinión de los demás-
3. Cuestionamiento a los mismos. (Bulacio, J.M., 2004, p.187).

- **Entrenamiento en cambio del foco de atención:**

Las personas con trastornos de ansiedad sólo prestan atención a las partes amenazadoras y a los acontecimientos negativos y tienen una visión parcial de la realidad. Son personas que se anticipan al futuro pensando que no podrán superar las adversidades, desvalorizando sus propias capacidades, no dando la oportunidad e incrementando sus sentimientos de impotencia, baja autoestima e inutilidad. A partir de identificar estos procesos el paciente deberá cuestionar a niveles racionales para poder realizar pequeñas pruebas conductuales que desafíen esas creencias y a partir de esas nuevas experiencias desarrollan nuevos significados sobre una base empírica y emocional diferente. (Bulacio, J.M, 2004).

- **Desdramatización:** Las formas rígidas de pensamiento llevan a atribuir un constante significado dramático, catastrófico, a situaciones que no lo son. Una situación puede ser indeseable pero no por eso horrorosa. Se enseñan técnicas que permiten detectar y corregir estas tendencias de interpretación defectuosa técnicas de creatividad. (Ravenna, 2004, p.46).

## 6. Antecedentes de la terapia cognitiva conductual para la obesidad.

Según Rimm y Masters, 1974; Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M., 1993:

1. Skinner en 1953 ya hace referencia al hecho de que una persona puede controlar su conducta.
2. Entre las primeras investigaciones se destacan los trabajos de Wollersheim (1970) y Stunkard (1971) quienes diseñan una nueva estrategia para el tratamiento para la obesidad. Los diversos estudios llevados a cabo por los autores muestran que los sujetos pierden más peso cuando reciben refuerzos del terapeuta y del grupo social. Como reforzadores se pueden utilizar prendas, objetos de valor personal y dinero:
  - a. Refuerzo social ambiental: como consecuencia de la importancia de la influencia del entorno social sobre la conducta de la persona, el mantenimiento de la pérdida de peso podría mejorarse si las personas significativas del sujeto se implicaran activamente para estimular sus esfuerzos en el descenso de peso.
  - b. Control aversivo: Abramson (1973) señala que parece seguro que a pesar del primer entusiasmo existen pocos testimonios que indiquen que los procedimientos aversivos constituyen un tratamiento eficaz de la obesidad. Desde el punto de vista teórico y empírico, se comprobó que utilizar los procedimientos de control positivos que regulen una apropiada conducta de comer, resultan más eficaces que el empleo directo de procedimientos de condicionamientos aversivos.

### 6.1. La Importancia del medio.

Diversos estudios muestran que los individuos obesos están más expuestos a responder con consumo excesivo de alimentos ante a las incitaciones ambientales. Las técnicas de modificación de la conducta resultan efectivas para un tratamiento de reducción de peso. Ferster, Nurnberger y Levitt (1962),

---

presentaron uno de los primeros informes publicados sobre este trabajo, donde se proponía un modelo conductual para conceptualizar y tratar la obesidad.

### 6.1.1. Técnica del Autocontrol.

Puede definirse como una técnica operante-cognitiva, basada en los procesos internos, donde el propio sujeto se administra las contingencias y refuerzos, registrándose él mismo su propia conducta.

Según Labrador, F., Cruzado, J. A. y Muñoz, M., (1993), mediante las técnicas de autocontrol, se debería enseñar al paciente nuevas conductas, para que él mismo pueda aplicarse conocimientos para modificar en lugar de depender del terapeuta. En todos los casos, el término autocontrol se refiere a conductas concretas y a situaciones específicas, y no a rasgos globales relacionados con esfuerzo o fuerza de voluntad.

Según Rimm y Masters (1974, p.99) se precisa un conocimiento por parte del cliente de las características básicas del tratamiento, de forma tal que le resulte lógico alcanzar las metas propuestas.

El objetivo principal del autocontrol es ayudar al individuo a resolver el conflicto conductual mediante el control de contingencias.

De acuerdo a Rimm y Masters (1974, p.102), el terapeuta puede aplicar este tratamiento a casi todo problema conductual, siempre y cuando el sujeto tenga la suficiente capacidad para comprender y llevar a adelante dicho programa. Pero más concretamente se deben aplicar cuando los refuerzos externos inmediatos sean escasos o nulos, por lo que el autocontrol hace de puente hacia los refuerzos naturales a largo plazo.

## 7. Descripción del Tratamiento .

### 7.1. Características Generales de la Institución.

La institución que trabaja con personas con trastornos de la alimentación, especializándose en obesidad.

El abordaje es interdisciplinario: trabajan en él: médicos, nutricionistas, psicólogos y profesores de educación física.

Lo primero que realiza un paciente cuando llega a la institución es un módulo de primera vez que consta de:

- Consulta con el médico: Se les pide un chequeo clínico general que el paciente realizará por su prepaga o donde él disponga. En esta consulta el paciente expone su problemática con respecto a la obesidad. Se le explica el tipo de tratamiento que se realiza. El mismo consiste en una dieta baja en calorías.  
Se tiene en cuenta si el paciente tiene alguna enfermedad., el médico indicará a la nutricionista las características de la dieta apropiada
- Consulta con la nutricionista: Organiza una dieta de acuerdo al gusto y/o necesidades alimentarias del paciente. Realiza un estudio llamado antropometría. Dicho estudio mide la cantidad de grasa, de líquido, de músculo que tiene el paciente, y sirve para saber a qué peso tiene que llegar la persona de acuerdo a su composición física y no según las tablas por todos conocidas.
- Entrevista de orientación psicológica: Esta entrevista es dirigida. El paciente cuenta su historia de obesidad, su factor desencadenante, vínculo con la comida y se indaga sobre los tratamientos para adelgazar realizados con anterioridad. Luego se lo informa sobre los horarios de los grupos y se lo invita a presenciar el funcionamiento de uno de ellos.

Los tratamientos pueden ser grupales o individuales, aunque el 90 % de los pacientes realizan algún tipo de tratamiento grupal. La mayoría de los pacientes que llegan vienen de una larga historia de fracasos en tratamientos anteriores. Son pacientes con un alto grado de compromiso con el vínculo adictivo con la comida. Los tratamientos grupales en general en la clínica son más efectivos que los individuales.

Los tratamientos individuales se pautan en el módulo de inicio: su frecuencia y el profesional: médico, nutricionista, psicólogo.

Dentro de los tratamientos grupales hay intensivos y grupos de dos veces por semana. Los pacientes más comprometidos con la adicción, necesitan un tratamiento más intensivo. El tipo de dieta que realizan es la misma, pero hay pacientes que para poder hacerla deben concurrir todos los días al grupo y otros a los que les resulta suficiente con dos veces por semana. Son ellos los que determinan la frecuencia con la que concurren.

## 7.2. Marco Teórico de la Institución

El marco teórico es cognitivo-conductual e interdisciplinario.

En los grupos se manejan tres conceptos fundamentales que son: *Corte, medida y distancia* con el objeto adictivo (la comida). La adicción está en el vínculo excesivo que el paciente sostiene con ésta. Por lo general, en tanto pueden separarse de la comida, encuentran que este vínculo lo sostienen en otras áreas de su vida y/o con otros objetos. Se descubren voraces con el trabajo, con las compras compulsivas, con los vínculos afectivos, muchos caen en la cuenta de que tienen otras adicciones. Incluso con los tratamientos para adelgazar, han hecho de los engordes y adelgazamientos una manera de vivir, que los protegía de tener que enfrentar otros aspectos de su vida.

El *corte* tiene que ver con el inicio del tratamiento, con pasar de un estado a otro, con dejar un exceso. En otras adicciones el corte es con la sustancia, en esta es con el exceso de comida.

Un tratamiento efectivo es aquél donde el corte se hace una sola vez y después se sostiene con continuidad. Un tratamiento de mal pronóstico es aquél donde permanentemente el paciente hace cortes: (“romper la dieta”).

El corte con el exceso lleva a otro concepto íntimamente asociado: la medida.

---

La *medida* tiene varias acepciones: por un lado: incorporar una medida distinta con la comida. En la etapa de adelgazamiento, se suprimen las harinas y los hidratos de carbono refinados. Estos, junto con las grasas, forman una combinación muy adictiva. Si no hay ingreso de ellos, no hay demanda por parte del cuerpo. En una etapa final del adelgazamiento y en el mantenimiento, se van incorporando los hidratos de carbono, las harinas y las grasas en forma gradual y medida. Hay un reencuentro con la comida, pero se incorpora una medida distinta. Esta nueva medida le permite salir de la idea de estar a dieta toda la vida, es decir comida normal en medida pequeña. Una vez logrado el peso deseado, el paciente tiene mucho que cuidar, no está dispuesto a perder lo que consiguió. Esto posibilita comer acotadamente; a esa altura ya ha creado un hábito con la medida acotada.

La *distancia* permite tener una medida distinta. La distancia termina siendo interna, pero al comienzo, como técnica, el adelgazante necesita alejarse de la comida (Ejemplo: no ir a un determinado restaurante si siente que no va a poder parar o si va a sufrir no comer lo indebido).

La distancia no es sólo el efecto que se produce al ampliar el intervalo entre comida y comida. La distancia óptima es la que se adquiere por el exceso de comida que no se ingiere.

Exceso se define como “Parte que excede de la medida o regla // lo que traspasa los límites de lo lícito o de lo ordinario // propasarse. (Ravenna, 2004, p.39).

### 7.3 Técnicas utilizadas en los Grupos

- **Modificación cognitiva:** Se le pide al paciente que hable sobre todos los pensamientos y emociones con respecto al tratamiento y sobre sí mismo. La modificación de errores perceptivos y de alteraciones en el proceso de pensamiento permite una intervención directa, correctiva. El cambio cognitivo facilita la aparición de nuevas conductas y el control de situaciones.
  
  - **Resolución de problemas:** Se enseñan estrategias de “resolución de problemas” para anticiparse a las situaciones de riesgo. Se adquieren varias herramientas cuya implementación permite evitar recaídas en y después del tratamiento.
  
  - **Ruptura de cadenas conductuales:** Se enseña qué es una cadena conductual; solo así se puede discriminar qué pensamientos y conductas actuaron como eslabones para que ocurriera determinado episodio. La utilización de ejemplos y representaciones concretas permite al paciente “romper” la cadena lo antes posible.
  
  - **Control de estímulo:** El paciente aprende a discriminar hambre de apetito para que cada ingesta esté controlada por el primero. En esta fase se incluye la planificación de compras, cocción de los alimentos y, forma en que serán guardados. Se utiliza para controlar el cumplimiento de pautas, evitar las comidas fuera de hora.
  
  - **Reestructuración cognitiva:** La reestructuración de las creencias sobre la delgadez-felicidad suele llevar tiempo. Se enseña a sustituir los sentimientos negativos y a reforzar los sentimientos alegres.
-

- **Desdramatización:** Las formas rígidas de pensamiento llevan a atribuir un constante significado dramático, catastrófico, a situaciones que no lo son. Una situación puede ser indeseable pero no por eso horrorosa. Se enseñan técnicas que permiten detectar y corregir estas tendencias de interpretación defectuosa.
- Otra de las herramientas que se utilizan en el marco grupal es: **el espejo**, donde se pide a las personas que obtuvieron resultados favorables, descensos importantes, que cuenten sus testimonios. El objetivo es que sirvan de modelo a seguir para nuevos integrantes del grupo. Estas personas destacan la posibilidad de que con esfuerzo, continuidad, y entrega al tratamiento se logra el resultado de delgadez. Alientan a los demás a seguirlos con dichos como: “Yo llegué como vos, estaba sin esperanzas... hoy estoy en mi peso, lo logré y si yo pude, vos también vas a poder”, se dicen entre ellos”.

La motivación de querer adelgazar, se sostiene mediante las directivas de los terapeutas y los integrantes del grupo que han tenido logros. A su vez el descenso de peso del paciente es un motivador para la continuidad y el éxito de su tratamiento.

#### 7.4. El trabajo en los grupos

El tema central de los grupos no es la comida, ni la historia del paciente con la comida ni su gordura, porque si así fuera caeríamos en la negligencia de llevar al paciente a hacer el tratamiento de la misma manera que engordó, es decir, girando en torno a la comida, “pegado a la comida”, con lo cual no estaría cambiando nada significativo. Estaría solamente bajando de kilos, por lo tanto el fracaso es una posibilidad muy cercana. Adelgazar tiene que ver, para que se pueda sustentar en el tiempo, con marcar la diferencia, es decir, con “despegarse de la comida” y aprehender una manera de vivir distinta que imposibilite el re-engorde. Se trata de correr el foco de la gordura que es con lo que viene el paciente y es lo más conocido para él, para posibilitar pensar en la delgadez.

La delgadez es lo más desconocido para un obeso. Todo adelgazante se conoce a la hora de transitar las emociones comiendo, de festejar comiendo, de angustiarse comiendo, de vivir comiendo; lo desconocido son las emociones sin comida, la alegría sin comida la angustia sin comida. Este es el juego que abren

los terapeutas en los grupos: hablar de lo que es estar delgado para cada uno. Tener “una actitud de flaco”, como ellos dicen, no tiene que ver con los kilos que el adelgazante tenga, sino con el comportamiento que tiene con respecto al tratamiento. A su vez, esta actitud positiva, benefician el cambio de creencias y comportamientos frente a la comida.

Las experiencias que empiezan a aparecer en la vida de los pacientes, cuando están distanciados de la comida, también van a ayudar en esta construcción, con una característica de sorpresa para los mismos. Porque son experiencias nuevas en sus vidas y los integrantes del grupo comparten estas experiencias, que hacen de espejo, es decir que se ven reflejados unos en otros, porque la experiencia de uno impacta en el otro, teniendo efectos multiplicadores, resonando en unos lo que sucede con otros.

### 7.5. Grupos intensivos.

Este sistema es el más empleado en la institución. .

Tiene una frecuencia de 14 días consecutivos en tres horarios y actividad física y grupo para todos los pacientes que quieran concurrir.

El adelgazante puede asistir un mínimo de 7 días, es decir, concurrir día por medio.

Concluidos los 14 días, tras 7 días, el grupo comienza nuevamente.

Allí funciona un grupo que reemplaza al primero y es el paciente el que evalúa si necesita o no hacerlo. Todos los días del año hay grupo. Se hace principal hincapié en los fines de semanas y feriados porque si se trata al vínculo con la comida como una adicción y es justamente estos días donde se está más expuesto a ella.

### 7.6. Grupos de dos veces por semana.

Hay grupos de los distintos días de la semana y en diferentes horarios, el adelgazante que asiste a estos grupos les incluye su grupo de referencia en la semana, un día del fin de semana y una consulta médica por mes.

### 7.7. Actividad física.

La actividad física es aeróbica y adaptada a las condiciones del paciente. Teniendo en cuenta que hay pacientes con sobrepeso importante, los profesores regulan la actividad para no causar daño físico, siempre hay un médico controlando la presión arterial y el pulso.

La actividad física es un componente importante del tratamiento, no tanto por lo que significa en cuanto a ayuda para perder peso, sino para que el adelgazante tenga contacto con su cuerpo, y recupere la posibilidad del movimiento.

La actividad física tiene gran importancia para la construcción de la imagen corporal delgada con la cual el adelgazante se deberá identificar para poder sostener la delgadez.

Los pacientes que están en mantenimiento han incorporado la actividad física como un hábito, habiendo tenido, por lo general, una larga historia con la obesidad y el sedentarismo. Ellos suelen afirmar que: *“la dieta hace al adelgazamiento como la actividad física hace al mantenimiento”*.

### 7.8. Grupos de mantenimiento.

Funcionan en la institución cinco grupos de mantenimiento, tienen una frecuencia de 1 vez por semana, un día del fin de semana y 1 consulta médica por mes. Son para pacientes que han llegado a su peso. El tiempo que permanecen en los mismos lo determinan los propios pacientes.

Suele pasar que el paciente termine el adelgazamiento y dé por concluido el tratamiento, en cuyo caso tienen mayores posibilidades de re-engordar. Los pacientes que transitan el grupo de mantenimiento dicen: *“el verdadero tratamiento empieza en el mantenimiento”*.

La institución cree que el tratamiento se compone de una etapa de adelgazamiento y una de mantenimiento.

---

El adelgazamiento empieza y termina, el mantenimiento tiene un primer momento que refiere a cuidar el adelgazamiento y un segundo momento que hace hincapié en que el paciente pueda conocerse como persona sin este tema en su vida.

El mantenimiento es la oportunidad de disfrutar de otras tentaciones, no sólo en la comida para cuidar el peso sino buscar qué otras alternativas a uno lo divierten, es conocerse más, jugar con uno mismo

En todo caso, se trata de terminar de reconstruir el estilo de persona que se desea ser. El desafío del mantenimiento, una vez conquistada la delgadez, es vivir un proyecto de vida sin el de la obesidad. Transitar la experiencia de vivir sin este tema y libre de las respuestas adictivas.

### *7.9. Rol del Psicólogo-Coordenador:*

- Lo más importante y lo más significativo para revertir un vínculo adictivo es que el terapeuta logre que el paciente ponga la mirada en las sensaciones, emociones, situaciones que empiezan a aparecer sin la comida de por medio. En definitiva, de estos estados “sin anestesia” deberá poder apropiarse para consolidar la separación con un objeto adictivo de cualquier tipo. Para lograr esto debe ser el terapeuta quien tenga este concepto incorporado y no corra el riesgo de despojarse de esto, enganchándose con mensajes que perpetúan el circuito adictivo. Muchas veces sucede que cuando la adicción no se presenta en forma del objeto adictivo, se instala desde el paciente con discursos confusos, poco claros, cargados de excusas. Y es muy importante que el terapeuta los detecte y le haga ver al paciente que estos pensamientos provienen de la adicción. Pueden ser verdaderos en su discurso, pero no son válidos en su tratamiento.
- Los pacientes, al inicio del tratamiento, llevan su falta de medida con la comida, a su participación en los grupos, teniendo dificultad para aceptar compartir el espacio con otros miembros. Muchas veces es necesario sortear los elementos negativos que se presentan en los grupos y que llevan a perder el eje, sobre todo cuando se tocan temas difíciles de afrontar. Por lo tanto, la función del psicólogo es: saber mediar con los pacientes que están en diferentes momentos de su tratamiento; saber dar una respuesta acertada y útil para el paciente, con las pocas palabras que se dicen y con el poco tiempo que tiene el paciente para hablar en un grupo numeroso. Para esto es esencial que en su formación haya desarrollado su capacidad de escucha.

- Por todo lo que se viene exponiendo, la postura del psicólogo no puede quedarse en una postura meramente interpretativa, sino que debe asumir una postura directiva. Sabemos que el paciente constantemente buscará desafiar el límite impuesto. Es necesario que el psicólogo sea coherente en sus indicaciones, para conservar el respeto del paciente, que es fundamental para que pueda sostener el tratamiento.

### 7.9. Adicción – “Su circuito”: Definición

Según Ravenna, (2004) se podría decir que para que se instale la adicción a la comida, se tienen que atravesar los pasos siguientes: la búsqueda del bienestar tiene que ver con obtener alivio ante un estímulo emocional desagradable mediante un procedimiento químico o un objeto o situación que es una reacción que se aprende con facilidad, sobre todo, cuando dicha conducta recibe la aprobación de la cultura o subcultura a la que el sujeto desea pertenecer. El individuo obtiene una sensación de alivio y a la vez una experiencia gratificante. Al intentar recrear esta experiencia y evitar el malestar, se comienza a crear una dependencia hacia ese objeto (sustancia o actividad) por la repetición del acto. Esta dependencia provoca que cuando la sustancia, objeto o actividad no está presente, la persona comience a sentir un gran displacer que se denomina abstinencia de objeto, comenzando otra etapa en su circuito adictivo, que es la búsqueda, a cualquier precio, del objeto. El individuo se desespera, y todas sus conductas comienzan a quedar cada vez más dominadas por la reducción o evitación del malestar, perdiendo progresivamente el dominio de su vida. Se instala en el adicto el acostumbramiento al objeto adictivo, necesitando cada vez más cantidad y con mayor frecuencia de ese objeto, por ejemplo la comida que la usan para recuperar ese “equilibrio”.

En la repetición de este ciclo, queda atrapado en la desesperanza, resignación y sobre-adaptación.

La dependencia es algo que altera globalmente el estilo de vida del sujeto que la padece. La persona dependiente termina por adaptar su estilo de vida al mantenimiento de la conducta adictiva.

Cuando un obeso se encuentra con la persona que hay detrás de la adicción, le aparecen muchas posibilidades, que por lo general son distintas en cada uno.

A la hora de estar tomados por un objeto, todos los adictos se parecen, pero cuando se corta el círculo adictivo con la comida, cada persona se reencuentra con su singularidad, con lo propio, y este es un bien que están dispuestos a cuidar y a defender.

A grandes rasgos, éstas son las características psicológicas de una persona obesa que posee características adictivas con la comida.

Se volverá sobre ellas, puntualizando las que están más marcadas en el caso clínico presentado, a partir de su testimonio.

#### 7.10. *¿Existen casos de trastornos de la conducta alimentaria en la institución elegida?*

Durante mis cuatro meses de pasantía en la no he presenciado ningún caso de anorexia, y sólo dos personas que padecían de bulimia de tipo purgativa, al cabo de dos semanas de tratamiento lograron controlarla. Tuvieron total dominio de su persona gracias a los mensajes recibidos por la terapia cognitiva conductual.

## **8. Integración del Caso Clínico con la Teoría.**

A los 18 años L hizo una consulta en su obra social porque pesaba más de 80 kilos, y se sentía con desgano, dormía muchas horas, no podía controlarse con la comida y tampoco encontraba ropa de su talle en las tiendas. Comentó que evadía muchas responsabilidades y sentía que por estar con sobrepeso quedaba fuera de todo. Según González (1986), en la actualidad, la obesidad es un problema con gran repercusión social, ya que existe una proliferación cada vez mayor del concepto de "culto al cuerpo". Liliana sentía que no encajaba en la sociedad.

La paciente pensaba que los equivocados eran los otros y no ella, ocultaba todo, y estaba acostumbrada a tapar la realidad. L tenía pensamientos automáticos de fracaso, vivía preocupada y pensaba que no podría revertir su situación ni podría parar de comer. De acuerdo a lo citado anteriormente, para Beck, A. (1983), los pensamientos automáticos son pensamientos evaluativos rápidos y breves que no suelen ser resultados de una deliberación o razonamiento, sino más bien que brota automáticamente. Estos pensamientos también pueden tener forma verbal y/o visual (imágenes).

L comentó que estaba muy ansiosa porque no sabía cómo continuar una dieta y necesitaba ayuda pero se aislaba y peleaba con los otros cuando estaba mal con ella misma. Ella creía que no tenía oportunidades, se sentía resignada. Ante cada situación que debía enfrentar comía como manera de aliviar la tensión que sentía. Utilizaba a la comida como calmante, y de bastón cuando tenía que diseñar para un proyecto lo hacía sola y comiendo de prisa y de manera voraz. De acuerdo al Dr. Bulacio, (2004), las personas con trastornos de ansiedad sólo prestan atención a las partes amenazadoras y a los acontecimientos negativos y tienen una visión parcial de la realidad. Son personas que se anticipan al futuro pensando que no podrán superar las adversidades, desvalorizando sus propias capacidades, no dando la oportunidad e incrementando sus sentimientos de impotencia, baja autoestima e inutilidad. A partir de identificar estos procesos el paciente deberá cuestionar a niveles racionales para poder realizar pequeñas pruebas conductuales que desafíen esas creencias y a partir de esas nuevas experiencias desarrollan nuevos significados sobre una base empírica y emocional diferente. La técnica de entrenamiento de cambio del foco de atención es útil en personas con trastorno de ansiedad.

L padecía trastorno de la conducta alimentaria (TCA), que se caracterizan por alteraciones graves del comportamiento alimentario, disturbios severos de la imagen corporal y distintos grados de deterioro

psicofísico. También comía en grandes cantidades y luego se recluía en su casa por vergüenza a la gente. L estando con mucho sobrepeso manifestó no verse demasiada gorda, correspondiéndose con el trastorno que padecía, que implica una distorsión en su imagen corporal.

El trastorno por atracón se caracteriza por atracones recurrentes asociados a falta de control sobre la alimentación y malestar significativo, sin estrategias compensatorias. Fue agregado en el DSM-IV como trastorno de la conducta alimentaria. La falta de control se evidencia en comer muy deprisa, comer hasta sentir una desagradable plenitud, ingerir gran cantidad de alimentos sin sentir hambre y sentirse disgustado, culpable o deprimido luego de estos episodios. Se puede argumentar que tenía trastorno por atracón debido a su conducta con la comida (al no poder controlar la cantidad de ingesta, el momento y la forma de ingerir).

El malestar se traduce en insatisfacción antes del atracón y durante el episodio del mismo y se caracteriza por una gran preocupación por los efectos en el peso y la imagen corporal.

Nuevamente se observa su trastorno de conducta alimentaria basada en atracones, cuando se guarda comida en su pieza y come doble o triple porción. Como no tiene conductas compensatorias, no se considera que L haya padecido de bulimia. La BN consiste en episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de laxantes, diuréticos o ambos, el ayuno o el ejercicio excesivo, también con alteración de la imagen corporal. Sí padeció trastornos alimentarios no específicos (TANE), entre ellos, Trastorno por Atracón o Síndrome de Descontrol Alimentario, incluido en el DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1996).

L acudía al delivery muy frecuentemente, ya que se aislaba y le era más fácil comer en su casa a cualquier hora, que salir a la calle y estar expuesta.

Las distintas tendencias modernas dirigidas al aumento de la prosperidad y la urbanización, junto con la aparición de comodidades como: el automóvil, la computadora, la televisión, las heladeras más grandes con freezer, el delivery, una mayor publicidad sobre comidas, varias cadenas de supermercados y la aparición de kioscos en cada manzana de la ciudad, dan lugar a la aparición de la obesidad y el sedentarismo.

Lo que argumentan Papalia y Olds, (1988, p.122). que aunque la mayoría de las personas tienen garantizada su alimentación diaria, comer significa mucho más que almacenar mero combustible para el cuerpo. La comida, según los autores, puede simbolizar amor, obligaciones sociales, o ser un signo de

---

opulencia. Todas las sociedades han desarrollado rituales que giran en torno a la comida, como la familia de L que es europea.

L tenía, como lo expresó en la entrevista, un exceso de 115 kilos. De acuerdo a la definición de obesidad de Odriozola, (1988); Vera Guerrerro, M.N.; Fernández Santiago, M.C, (1989); Bray, G.A. (1989), la obesidad es un exceso de grasa corporal sobre los valores normales.

Se observa en L un trastorno de alimentación con la comida y su circuito adictivo cuando expresó que sus padres empezaron a quitarle la comida, pero ella ya empezaba a comprar la comida más temprano y la guardaba bajo la cama para comerla de noche, por ejemplo, tres sándwiches de milanesa o una pizza entera. A veces comía normalmente con sus padres en la mesa y después cuando se iba a acostar comía sola otra vez. Comentó que le dolía la panza y se le pasaba al día siguiente. Ésto se refleja con el circuito de la adicción explicado por Ravenna, M. (2004). Él define al circuito de la adicción como la búsqueda del bienestar que tiene que ver con obtener alivio ante un estímulo emocional desagradable mediante un procedimiento químico o un objeto o situación que es una reacción que se aprende con facilidad, sobre todo, cuando dicha conducta recibe la aprobación de la cultura o subcultura a la que el sujeto desea pertenecer. El individuo obtiene una sensación de alivio y a la vez una experiencia gratificante. Al intentar recrear esta experiencia y evitar el malestar, se comienza a crear una dependencia hacia ese objeto (sustancia o actividad) por la repetición del acto.

Los 176 kilos de L corresponden a un índice de masa corporal (I.M.C) de 60. Significa riesgos de mortalidad muy elevado.

El Índice de Masa Corporal de una persona es el cociente entre el peso y la altura al cuadrado. A pesar de que no hace distinción entre los componentes grasos y no grasos de la masa corporal total, éste es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad.

Por encima de 40 se considera "obesidad mórbida". (Kathleen Mahan, L.; Escote-Stump, S. 1996, p.473).

La paciente entró a una guardia hospitalaria por sufrir una descompensación, motivo por el cual, fue internada en terapia intensiva durante dos meses. Estuvo hipertensa, tuvo una descompensación cardíaca y renal.

Relacionando el caso clínico con la teoría, para Mc.Ardle, Katch, F.I. y Katch, V.L (1990,p.108), las consecuencias de la obesidad pueden ser, el deterioro de la función cardíaca debido a un aumento en el

---

trabajo mecánico del corazón y a la disfunción del ventrículo izquierdo; la hipertensión; la diabetes; la enfermedad renal; la enfermedad en la vesícula biliar; enfermedades pulmonares y una función deteriorada debida a esfuerzo añadido de mover la pared torácica; problemas para administrar anestésicos durante las intervenciones quirúrgicas; osteo-artritis (enfermedad degenerativa de las articulaciones), y la gota; varios tipos de cáncer; lípidos plasmáticos y concentraciones lipoprotéicas anormales; irregularidades menstruales y una enorme carga psicológica.

L comentó que en la institución aprendió varios conceptos que le cambiaron la forma de pensar y de elegir. Lo primero que escuchaba en el grupo fueron los conceptos: Corte-Medida y Distancia, algo nuevo para ella que le ayudó en todo el tratamiento.

En los grupos se manejan tres conceptos fundamentales que son: Corte, medida y distancia con el objeto adictivo (la comida). La adicción está en el vínculo excesivo que el paciente sostiene con ésta.

La medida tiene varias acepciones: por un lado: incorporar una medida distinta con la comida.

Esta nueva medida le permite salir de la idea de estar a dieta toda la vida, es decir comida normal en medida pequeña. Una vez logrado el peso deseado, el paciente tiene mucho que cuidar, no está dispuesto a perder lo que consiguió. Esto posibilita comer acotadamente; a esa altura ya ha creado un hábito con la medida acotada.

En el transcurso del tratamiento y en los grupos, se trata el tema de la medida en cuanto a lo desmedidos que pueden ser. La medida fue perdida en varias áreas de su vida.

La medida permite sostener la distancia con la comida.

La distancia no es sólo el efecto que se produce al ampliar el intervalo entre comida y comida. La distancia óptima es la que se adquiere por el exceso de comida que no se ingiere.

Se observa su manera de desdramatizar cuando dijo: “También aprendí a desdramatizar situaciones y quejas. Cosas que creía que eran tan importantes dejaron de serlo”.

Una situación puede ser indeseable pero no por eso horrorosa. Es por eso que para L fue muy importante detectar y corregir estas tendencias de interpretación defectuosa para modificar sus conductas alimenticias y poder bajar de peso.

L escuchaba testimonios de personas que iban adelgazando y pensaba que si ellos podían, ella también iba a poder. Fueron un ejemplo para ella, una motivación. Hablaban de un futuro mejor, y eso le dio muchas esperanzas y ganas de continuar.

---

Otra de las herramientas que se utilizan en el marco grupal es el espejo, donde se pide a las personas que obtuvieron resultados favorables, descensos importantes, que cuenten sus testimonios. El objetivo es que sirvan de modelo a seguir para las personas nuevas y para las que siguen en el grupo de descenso. Ahora que está pesando 61 kilos y los mantiene, cada tanto se da algún gusto. Pero prefiere comer cosas sanas y hacer más deporte. Comentó que durante muchos años sufrió mucho y no quiere perder esa sensación que siente.

Para ella el mantenimiento es muy bueno y fundamental porque hablan de muchos temas de la vida. Buscan entre todos, opciones que les den mayor placer que la comida. Intentando que la comida sea un alimento y no darle un valor agregado, como solían hacerlo, al menos ella que comía por soledad, cuando estaba triste, nerviosa, también por cualquier situación que le costaba enfrentar. Aprendió que comer en cantidad y estar delgada no es compatible”.

La institución cree que el tratamiento se compone de una etapa de adelgazamiento y una de mantenimiento..

El mantenimiento es la oportunidad de disfrutar de otras tentaciones, no sólo en la comida para cuidar el peso sino buscar qué otras alternativas a uno lo divierten, es conocerse más, jugar con uno mismo.

Las estrategias cognitivas conductuales encaminadas al descenso de peso, y al cambio de creencias disfuncionales en funcionales lograron que L tenga el dominio sobre la comida y esté atenta en los momentos difíciles. La modificación cognitiva consistía en pedirle al paciente que hable sobre todos los pensamientos y emociones ligadas a la imagen de sí misma y a la comida. La modificación de errores perceptivos y de alteraciones en el proceso de pensamiento permite una intervención directa y correctiva. El cambio cognitivo facilita la aparición de nuevas conductas y el control de situaciones. Otra de las técnicas es la reestructuración cognitiva; la reestructuración de las creencias sobre la delgadez-felicidad suelen llevar tiempo. Se enseña a sustituir los sentimientos negativos y a reforzar los sentimientos alegres.

Otra de las técnicas cognitivas conductuales que se utiliza en la institución es la motivación, herramienta necesaria para que el objetivo de querer adelgazar se mantenga en el tiempo hasta llegar a la meta.

Las estrategias cognitivas conductuales encaminadas al descenso de peso, y al cambio de creencias disfuncionales en funcionales lograron que ella tenga el dominio sobre la comida.

Este cambio de actitud fue fundamental para que L comience a ver su vida de otra manera.

En los momentos difíciles, L recurrió durante su tratamiento a varios grupos y ante la sensación de pérdida del dominio de la situación, se quedó en el bar, este fue su lugar de encuentro con gente conocida.

La terapia cognitiva conductual utilizada en la institución se aboca a modificar comportamientos y pensamientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. El énfasis de la terapia conductiva conductual (TCC) está puesta más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”. L comentó que valora sus esfuerzos realizados y que está muy contenta con los logros obtenidos.

## 9. Fortalezas del tratamiento.

- 1) Es una alternativa eficaz que estén dotados de estrategias cognitivas conductuales encaminadas al descenso y al mantenimiento del peso.
- 2) Se logra mediante los grupos terapéuticos un estado de saciedad, sin pastillas ni sustancias externas.
- 3) Se ofrece grupos los fines de semana, días en los cuales hay una tendencia al engorde.
- 4) En los grupos de fines de semana asisten todos los pacientes, tanto de los grupos de mantenimiento como los de descenso de peso. Los primeros actúan de motivadores pues estimulan a los recién llegados, con el éxito obtenido en el tratamiento. Al escuchar los testimonios de la cantidad de kilos bajados por ellos, crea un efecto en ellos de que se es posible bajar de peso.
- 5) Para los momentos difíciles el tratamiento cuenta con:
  - Apertura diaria.
  - Existe un correo virtual formado por los pacientes, que recurren a sus compañeros de grupo, haciendo compromisos entre ellos.
  - El bar es utilizado como punto de encuentro entre los pacientes ayudándose mutuamente. Una frase muy escuchada es la siguiente: *“me traigo y me ato hasta que se me pase”*.
- 6) Actividad física: Es objetivo del tratamiento es que el sujeto mejore la relación con su cuerpo, y ponerlo en actividad es la mejor forma de lograrlo. Debe ser adaptada por el médico teniendo en cuenta el gasto energético y la ingesta en cada paciente, así como la densidad ósea y la función cardíaca. La actividad física está coordinada por profesores de educación física.
- 7) Se organizan actividades mensuales, como ser fiestas de disfraces, distintos tipos de baile (permitiendo vincularse cuerpo, baile árabe, salsa, merengue, etc.), talleres de pintura y coros. Es

una oportunidad interesante para que los integrantes de los grupos se conozcan entre ellos y se diviertan.

## 10. Debilidades del tratamiento.

- 1) Los grupos muy numerosos. Si uno no participa en él queda en el anonimato, es solo receptor de lo que escucha y nadie se entera si está pasando un mal momento con el tratamiento.
- 2) Siempre prefieren usar de modelo a la gente que les va bien y a los que les está yendo mal les dicen “escucha para copiar la conducta de ellos”, imposibilitándolos de poder expresarse, para mantener el entusiasmo en el grupo.
- 3) Si no logran establecer un buen vínculo con el terapeuta es posible que abandonen el programa.
- 4) Las creencias que la persona tiene sobre el tratamiento, influye en el riesgo de abandono.
- 5) Los altos costos del tratamiento..
- 6) Poco entrenamiento para “arreglárselas solo..
- 7) Falta una mayor contención para las personas que tienen recaídas o abandonan el tratamiento. Las personas que son mas reservadas, no tienen mucha interacción con los terapeutas.
- 8) Ausencia de nuevas propuestas de tratamiento individual enfocado cuando se está llegando al peso, previo a pasar al mantenimiento. Muchos quedan en el camino. Abandonan. Sienten un nuevo cuerpo en una cabeza que no cambió aún.

## 11. Conclusión.

Este trabajo está basado en un caso clínico, por lo tanto sería arriesgado generalizar si es efectivo el tratamiento realizado en la clínica para todas las personas que padecen de obesidad, aunque sí fue altamente beneficioso para L.

La intención de la institución es crear un dispositivo donde el adelgazante comience a transitar nuevas experiencias. Con ese fin se fueron creando además de los diversos grupos terapéuticos para adelgazar, actividades paralelas al tratamiento: diversos bailes y coros.

Considero que empezar a hacer otras actividades es una especie de ensayo donde logran desinhibirse y van obteniendo confianza en sus posibilidades para después poder soltarse en otros lugares que puedan elegir.

Transitar la delgadez es algo desconocido para quien estuvo mucho tiempo escondido detrás de la comida.

Encontré que muchos pacientes descubren su potencial que ni ellos mismos conocían que tenían. Muchos se encuentran con su parte más creativa, algunos con el arte, están los que se descubren interesados en aprender cosas nuevas, y otros en actividades deportivas.

Poner el cuerpo en movimiento es por lo general una asignatura pendiente en la persona que adelgazó.

Es una posibilidad interesante para seguir investigando la eficacia del tratamiento cognitivo conductual para la obesidad teniendo en cuenta y mejorando las debilidades observadas, y a su vez focalizando y entrenando la atención en las fortalezas del tratamiento. En el estudio se podría sugerir como técnicas: visualización; tareas para el hogar y comunicación telefónica / vía e-mail diariamente.

Este trabajo de integración final significó para mí más que un fin, un comienzo para poder profundizar sobre un tema que no deja de sorprenderme, emocionarme y apasionarme. Por éstos motivos, entre otros, continuaré capacitándome con esta teoría: La psicoterapia cognitiva conductual.

Los resultados positivos obtenidos al finalizar el tratamiento, deben perduran en el tiempo, para evitar el reengorde. Para ello se debería lograr ejercitar diariamente lo aprendido: cambio de creencia cuando se

detectan a si mismos con pensamientos negativos; sostener la modificación de conducta; entrenamiento en el cambio de foco de atención y saber desdramatizar a tiempo.

Se debe reconocer que se es vulnerable a la comida para estar atento y no caer nuevamente en la mezcla de emociones y comida.

## 12. Epílogo

El adelgazamiento convoca a despertar la riqueza ignorada que habita en cada uno. Es encontrar adentro lo que se buscaba afuera. El adelgazamiento apunta a sacar del paciente más de lo que había, ser materia dispuesta para llevar a cabo realizaciones personales.

“Reconocer nuestro lado vulnerable, nos da poder, poder para reconocer la necesidad de un tiempo no sólo para trabajar, sino también para descansar, relajarse, disfrutar, amar, usar y defender el poco tiempo libre que la vida actual nos permite, en pro de tener salud gracias al cuidado de nosotros mismos”. (Perez Jáuregui. 2005, p.13).

Una fuerte motivación mantiene el tratamiento. Para ello fijar objetivos a corto plazo es útil y efectivo.

Es interesante observar cómo llegan los pacientes a la clínica desconfiados y en su mayoría sin esperanzas y al poco tiempo de comenzar la dieta a medida que bajan de peso, se les cambia la creencia que pueden bajar, que es una de las técnicas de la terapia cognitiva conductual: reestructuración cognitiva.

Según Zukerfeld R. (1996, p. 28), los integrantes del equipo terapéutico deben tener un buen autoconocimiento y medianamente clara su relación personal con la comida y con su propio cuerpo.

Este punto me parece de suma importancia, porque si no estamos seguros de nuestros sentimientos, del control con la comida, no podremos ayudar al que los sufre ya que es probable que nos identifiquemos en exceso con el paciente y que perdamos nuestra objetividad. Él menciona que enseñarles a alimentarse, no es sólo hablarles de nutrientes, es enseñarles a cuidar de sí mismos, a ser responsables de sus actos, a crecer, a fortalecerse, a disfrutar.

Sólo a partir de la aplicación del corte, la medida y la distancia, la comida pasa a ocupar el lugar que le corresponde para dejar de llenar espacios. Porque la constante en quienes comen en exceso es no saber que hacer con su tiempo libre, entonces comen y mastican sin parar. Se trata de encarar nuevos planes y proyectos, relacionarlos con gente distinta o concretar asignaturas pendientes. La falta de autonomía, el autismo y la barrera de cemento se irán desarticulando para dar paso a una dinámica diferente, impregnada de libertad.

Es importante señalar que los aprendizajes de vida no son mágicos, fáciles ni rápidos. Se precisa paciencia y tranquilidad para poder afrontar los obstáculos que se interponen en todo proceso de recuperación; donde el adelgazamiento es un elemento más, ya que el objetivo principal es mejorar sustancialmente la calidad de vida.

No se trata de estar flaco o gordo, sino de revincularnos de otra manera con las sustancias y con las personas, empezando por uno mismo.

Según Irribarren S. (2003), bajar de peso pone a prueba la capacidad de terminar algo pendiente, ocuparse de uno mismo, permite bajar la ansiedad que genera dejar las cosas inconclusas, y el mantenimiento permite disfrutar el logro obtenido del esfuerzo realizado.

Es decir: cuando implementamos el corte, la medida y la distancia, nuestra vida puede cambiar. Y podemos mantener dicho orden entrenando la inteligencia y ejercitando la audacia mediante el uso de técnicas cognitivas conductuales en pos de generar un cambio de hábitos definitivo.

### 13. Referencias bibliográficas

Asociación Psiquiátrica Americana (1996). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. D.S.M. IV. Barcelona: Masson

Astrand, P. y Rodahl, K. (1985). *Fisiología del trabajo físico*. Panamericana. Buenos Aires.

Beck A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. N.Y.: International University Press.

Beck, J. (2000). La conceptualización cognitiva. *Terapia Cognitiva*. En J, Beck *Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.

Bulacio, J.M.(2000). *Ansiedad y estrés*. Buenos Aires: Akadia

Branguinsky, J. (2000). *Calidad de Vida*. Buenos Aires: Ipesa

Creff, A.F. y Heischberg, A.D. (1981). *Manual de Obesidad*. Hospitalet de LLobregat: Masson.

Iribarren, S. (2003). *Adelgozarte*. Buenos Aires: Del Cifrado.

Kathleen Mahan, L.; Escote-Stump, S. (1996). Control ponderal y trastornos del consumo de alimentos. En L, Kathleen Mahan.; S, Escote-Stump. *Nutrición y Dietoterapia, de Krause*. Pennsylvania W.B.Saunders Company

Labrador, F.J.; Cruzado, J.A.; Muñoz, M. (1993). *Manual de técnicas de Modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

MacArdle W.D.; Katch, F.I.; Katch, V.L. (1990). *Fisiología del ejercicio: Energía, nutrición y rendimiento humano*. Madrid. Alianza Editorial.

Papalia, D.E. y Olds, S.W. (1987). *Psicología*. México: Mc Graw-Hill.

Ravenna, M. (2004). *Una delgada línea: entre el exceso y la medida, construir la delgadez con el corte, medida y distancia*. Buenos Aires: Galerna.

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

Rimm, D.C.;Masters, J. C. (1974). *Terapia de la conducta*. Técnicas y hallazgos empíricos. México: Trillas.

Vera, M.N.; Fernández, M.C. (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*.Barcelona. Martínez Roca.

Zukerfeld R. (1996). *Procesos terciarios de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Paidós.