



# **TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN**

## **GRUPOS TERAPÉUTICOS DE INICIO Y MANTENIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD**

**Tutor:** Dra. Denise Benatuil

**Autor:** Sandra Mariel Ponti

## INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
2.1. Objetivo general.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. MARCO TEÒRICO.....	4
3.1. Historia de la obesidad.....	4
3.2. Recorrido evolutivo de la obesidad.....	6
3.3. Concepción actual de la obesidad.....	7
3.3.1. Definición, diagnóstico y consecuencias.....	7
3.3.2. Aspecto biológico de la obesidad.....	10
3.3.3. Aspecto sociocultural de la obesidad.....	11
3.3.4. Aspecto psicológico de la obesidad.....	13
3.3.4.1. <i>Obesidad y Calidad de Vida</i> .....	14
3.3.4.2. <i>Obesidad y Estilo de Vida</i> .....	16
3.3.4.3. <i>Obesidad y Alexitimia</i> .....	17
3.3.4.4. <i>Percepción de la Imagen Corporal</i> .....	18
3.4. El tratamiento de la obesidad.....	21
3.4.1. Consideraciones generales.....	21
3.4.2. Enfoque Conductual.....	23
3.4.3. Enfoque Cognitivo-Conductual.....	25
3.4.4. El Formato Grupal en el Tratamiento de la obesidad.....	30
3.5. Obesidad y adicción.....	31
3.5.1. Personalidad Adictiva.....	31
3.5.2. El circuito de la Adicción.....	32
3.5.3. Método R.....	33
4. MÈTODO.....	36
4.1. Tipo de Estudio.....	36
4.2. Muestra.....	37
4.3. Instrumentos.....	37
4.4. Procedimiento.....	37
5. DESARROLLO.....	38
5.1. Modelo Cognitivo-Conductual en los Grupos de Inicio y Mantenimiento.....	38
5.1.1. Criterios de Admisión.....	38
5.1.2. Modalidad del tratamiento.....	40
5.1.3. Intervenciones del Terapeuta.....	42
5.1.4. Importancia del Grupo terapéutico.....	46
6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	50
7. BIBLIOGRAFÍA.....	56
8. ANEXOS.....	59

## **GRUPOS TERAPÉUTICOS DE INICIO Y MANTENIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD**

### **1. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo surgió de la práctica de habilitación profesional en una institución dedicada a resolver desórdenes alimentarios y modificar hábitos nocivos relacionados con la obesidad, asumiendo a esta enfermedad como síntoma de una adicción a la comida.

Consta de un equipo interdisciplinario compuesto por médicos, nutricionistas, psicólogos, psicoterapeutas y profesores de educación física.

Sus objetivos apuntan a realizar un tratamiento agudo para trastornos crónicos o recurrentes, modificar el desorden, el desborde y la ansiedad, y además cortar la dependencia para liberar la mente de obsesiones por la comida y el cuerpo.

Las tareas que se llevan a cabo en el marco de dicha práctica consisten en la observación no participante de todas las actividades programadas para los pacientes a lo largo del día que ofrece la institución, entre las que se encuentran la entrevista de admisión llevada a cabo por un psicólogo, el cual indaga en la historia personal del paciente, en el tipo de vínculo que este sostiene con la comida, como así también en la motivación y expectativas del mismo con respecto al tratamiento.

Asimismo, se le otorga una gran importancia a la Terapia Grupal, ofreciendo programas diarios y semanales “Grupos de Inicio”, los diarios son para aquellos pacientes más comprometidos con su adicción a la comida, los semanales (dos días por semana), para aquellos pacientes menos comprometidos.

Además, la institución ofrece “Grupos de Mantenimiento”, cuyo fin es ayudar al paciente a que su delgadez sea definitiva.

Por último este Centro terapéutico ofrece también un programa para adolescentes y otro para niños, adaptando su enfoque a ese momento de la vida en particular.

A partir de la observación de las actividades realizadas en dicho centro, surge el interés por estudiar la aplicación específica de las técnicas provenientes del Análisis Cognitivo Conductual aplicado en el tratamiento de la obesidad, tomando como referencia a los “Grupos de Inicio” y de “Mantenimiento”.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general**

Describir el trabajo terapéutico de dos tipos de Grupo, Inicio y Mantenimiento, según el Modelo Cognitivo-Conductual.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Describir los criterios de admisión al Grupo de Inicio y al Grupo de Mantenimiento.
- Describir la modalidad del tratamiento dentro del Grupo de Inicio y de Mantenimiento.
- Describir las intervenciones del Terapeuta en cada uno de los Grupos mencionados.
- Importancia del grupo terapéutico en el tratamiento de Inicio y Mantenimiento.

## **3. MARCO TEÒRICO**

### **3.1. Historia de la obesidad**

La persona obesa ha sido durante siglos víctima de una imagen corporal jamás contemplada como neutra, sobre la cual se han proyectado todo tipo de atribuciones y que ha generado actitudes contrapuestas (Hortigüela, 1998).

Ya en el siglo V a. de C. en la Antigua Grecia, Hipócrates, sienta las bases de una teoría de la enfermedad en la que la alteración del equilibrio, de la armonía, es la causa de la pérdida de la salud, y al observar que el riesgo surge a partir del exceso, resalta la importancia de mantener una actitud mesurada.

Asimismo, no sólo es el ideal de salud que prevalece en la Antigua Grecia, sino que además, existe un principio que concede valor absoluto al culto de las proporciones y al canon de belleza basado en la armonía, en tanto ésta es ley suprema de la naturaleza (Ravenna, 2006).

Según Platón, las ideas permiten encauzar la disposición viciosa, derivada del trato con lo sensible, y dirigirla hacia la sabiduría, hacia el dominio de la razón, siempre y cuando los deseos se contengan dentro de los límites de la moderación (Hortigüela, 1998 op.cit.).

De lo dicho se desprende, que el equilibrio subyace en la concepción cultural del mundo griego, por consiguiente, el obeso es, en este contexto, un trasgresor: come excesivamente, sus proporciones no son armónicas y su comportamiento está lejos de ser racional (Ravenna, 2006).

Asimismo, y siguiendo con las palabras del autor, el pueblo Romano no escapa a los embates de la desmesura, menos aún cuando de comer se trata, como lo muestran las clásicas cenas romanas, que abren con una entrada, para luego continuar con la cena propiamente dicha, la cual consta de cuatro platos, más un postre y abundante cantidad de vino. Paralelamente, se generaliza una práctica muy singular y nociva, que les permite seguir comiendo. La misma consiste en eliminar, mediante vómitos autoprovocados, el exceso de comida.

Por otra parte, en el mundo cristiano, lo que cambia es la actitud frente al goce.

En este contexto, el exceso en el comer adquiere múltiples connotaciones, tal es así que la gula, convertida en pecado capital, es la expresión más clara del desorden, del vicio, la que conduce al hombre a la ruina moral y a la pérdida del paraíso.

Según Santo Tomas, la gula nos tienta de cinco maneras: nos hace adelantar la hora, exige manjares exquisitos, pide manjares preparados con excesivo esmero, rebasa los límites en la cantidad y despierta una voracidad sin límites.

En el siglo XVI, con el surgimiento de la aristocracia cortesana, aparecen las primeras indicaciones sobre los modales en el comer, comienza de ese modo, la concepción moderna del bien vivir, en la cual la moderación como signo de buenas maneras debe dirigir todos los actos, de ahí que, el que sucumbe ante el exceso es condenado socialmente.

De la misma manera, 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 que procura sensaciones como: sabor, fragancia, tiempo, textura etc., permite otras posesiones múltiples y sutiles como son los recuerdos, emociones, deseos etc.

Una vez más, el comer en exceso se ve truncado por los llamados a la moderación, vinculada ésta con el gran goce que produce lo exquisito cuando se come en forma equilibrada.

Es a partir de este momento que se acrecienta el hecho de comer sin tener hambre y beber sin tener sed, gracias al goce de la mesa y el deseo de prolongar su duración. La necesidad es superada, entonces, por el deseo, por el saber comer gozoso, resultado de

una actividad reflexiva, que da lugar al placer de la buena mesa. El gusto se traslada además al aspecto estético y se sientan las bases de lo que sucede en la actualidad. En principio se marca la falta de armonía del cuerpo cuando tiene sobrepeso, por otro lado, dado que la armonía es concebida como sinónimo de belleza, la misma requiere una extrema vigilancia para que el mucho comer no altere la estética corporal. Pese a lo expuesto, 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 produce una renuncia a la satisfacción inmediata (Ravenna, 2006).

A principios del siglo XX, un abdomen prominente no era considerado un signo de enfermedad, sino una marca de riqueza, vigor y respetabilidad social. Nada resultaba menos atractivo que una mujer huesuda, laxa, de rostro lánguido y piernas flacas.

Durante los períodos de entreguerras se produjo un fenómeno complejo en el que el cuerpo fue rehabilitado en contraposición a una tradición cristiana que lo cercenaba y los modelos de salud y belleza comenzaron a ser asociados a la delgadez y no a la prodigalidad de la figura corpulenta y rolliza.

En la última década del siglo XX, no sólo es el auge de las comidas rápidas, sino además, se acentúa el predominio de la quietud por sobre la movilidad corporal.

Es un período de mensajes contradictorios, en el cuál se asocia la belleza con la delgadez, sin embargo, el entorno es cada vez más tóxico. En ése contexto, y hasta el día de hoy, aparecen todo tipo de soluciones mágicas: pastillas para adelgazar, todo tipo de dietas, distintos tipos de cirugías como por ejemplo el anillo gástrico, el cinturón y el balón gástrico, el by pass gastrointestinal con todos los riesgos que dichas prácticas implican (Ravenna, 2006 op. cit).

### **3.2. Recorrido evolutivo de la obesidad**

Campillo Álvarez (2006), afirma que son muchas las peculiaridades en cuanto a nuestras características nutricionales dadas desde hace ciento millones de años, sin embargo, las que nos proporcionan nuestra peculiaridades como especie, son recientes, suceden desde hace unos diez millones de años, cuando comenzamos nuestro propio camino evolutivo en el que se pueden diferenciar cuatro etapas principales: una primera etapa [entre 15 y 6 millones de años], en la que abundaban los alimentos de origen

vegetal, una segunda [entre 5 y 2 millones de años], cuya alimentación era escasa y basada en raíces y vegetales poco nutritivos, una tercera [entre 2 millones y 200.000 años] en que la alimentación era a base de animales terrestres y acuáticos, y una cuarta y última etapa [entre 200.000 años a 0], en la que irrumpe la agricultura y la ganadería.

Por lo tanto, Ravenna (2008) señala que millones de años de evolución han configurado nuestras necesidades de nutrientes y diseñado nuestros patrones de alimentación.

Sin embargo, la alimentación de los seres humanos en la actualidad se aleja del diseño evolutivo, es decir, no está sincronizada con nuestros requerimientos genéticos. Si bien los genes son los mismos que hace cuarenta mil años, nuestra alimentación ha cambiado y ha dado origen a la obesidad.

Por consiguiente, continúa el autor, la caza y la recolección que implicaban un estilo de vida nómada, con asentamientos temporarios y una organización social dispersa, con la irrupción de la agricultura se modificó totalmente, el hombre pasó a ser sedentario y en lugar de correr en busca de su alimento, lo generó él mismo por medio del cultivo de la tierra, y se transformó de esta manera en un productor.

Como resultado de lo expuesto, nació el binomio: mucho ingreso y poco egreso, mucha ingesta y poco ejercicio físico, enmarcados por un cambio sustancial en la calidad de los alimentos [azúcar, pan, pastas, alcohol etc.], los cuales resultaban extraños para nuestro organismo, en consecuencia, nuestros genes no tuvieron tiempo para adaptarse a ellos.

En este marco en donde una población sobrevivió a la transición de un estilo de vida de caza y recolección a una dependiente de la agricultura, los registros de los restos fósiles nos hablan de una disminución masiva del promedio de estatura, un incremento rápido de enfermedades y obesidad (Ravenna, 2006).

### **3.3. Concepción actual de la obesidad**

#### **3.3.1. Definición, diagnóstico y consecuencias.**

Se define a la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (Organización Mundial de la Salud, 2007).

La OMS, (2007) considera que la causa fundamental de este trastorno es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. El aumento mundial de la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran: la modificación mundial de

la dieta, acompañada a un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasa y azúcares y además a la tendencia a la disminución de la actividad física.

Su prevalencia, asegura Gil (2008), aumentó en las últimas décadas en todos los sectores socioeconómicos y niveles educativos, independientemente del sexo, raza o edad, por este motivo es considerada actualmente una epidemia.

Reducir la carga de obesidad implica según la OMS, (2007) : lograr un equilibrio energético y un peso normal, reducir la ingesta de calorías procedentes de las grasas, aumentar el consumo de frutas y verduras, legumbres, granos integrales y frutos secos, reducir la ingesta de azúcar y por último, aumentar la actividad física.

Otro dato interesante, sugerido por Ravenna (2008), es el hecho de que la obesidad es consecuencia del comer, pero de un comer devenido en una acción repetitiva, excesiva y plagada de autoengaños, dependencia y trampas externas, de ciertos alimentos adictivos. La obesidad no es una enfermedad adictiva, pero el comer sí lo es, y la obesidad es su consecuencia (Ravenna, 2006).

En la obesidad, como en toda afección multideterminada, encontramos según Rovira (2006) una combinación de factores interactuantes tanto en su génesis, como en su desarrollo y en su evolución.

Gil (2008 op.cit) sostiene que la obesidad es una enfermedad crónica, metabólica y con múltiples causas. Intervienen en esta alteración factores genéticos y conductuales como el sedentarismo y la conducta alimentaria, además de aspectos psicológicos de la personalidad de cada sujeto. Resulta imperioso resaltar, señala Gil, que la obesidad en tanto incremento de la grasa corporal, es el punto de llegada de distintas situaciones y variables que quizás solo tiene en común ese incremento de grasa. Es una enfermedad poligénica, esto quiere decir que diferentes genes interactúan de un modo particular con los distintos condicionamientos del medio del sujeto, por eso se la considera una enfermedad heterogénea.

Frecuentemente para diagnosticar obesidad y sobrepeso en los adultos, se utiliza el índice de masa corporal (IMC), el cual se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros ( $\text{Kg. /m}^2$ ), (Organización Mundial de la Salud, 2007).

La OMS, (2007) define al sobrepeso como un (IMC) igual o superior a 25, y a la obesidad como un (IMC) igual o superior a 30.

Paralelamente es fundamental tener en cuenta en el diagnóstico de la obesidad, la distribución de la grasa, en particular aquella que se distribuye en el abdomen, parte superior del cuerpo, conocida como obesidad del tipo androide, la cual se la asocia con

una mayor morbilidad y mortalidad que a la obesidad que se distribuye en la parte inferior del cuerpo, tipo ginoide. Por lo dicho y aunque en general un (IMC) mayor o igual a 30 se asocia con un importante aumento de los riesgos para la salud, la ratio entre la cintura y las caderas es un predictor más potente del riesgo para la salud, especialmente para la enfermedad cardiovascular, que el peso del cuerpo, la grasa corporal o el IMC. La ratio cintura-caderas, para cuyo cálculo se utiliza el monograma de Bray, se considera como una estimación apropiada de la obesidad intra-abdominal. Por consiguiente, las medidas de (IMC), circunferencia de la cintura y ratio caderas-cintura suelen ser apropiadas para la mayoría de los programas de obesidad.

De lo dicho se desprende que la evaluación médica de la obesidad constituye un proceso amplio y potencialmente complejo, por esta razón son variados los factores que se deben considerar durante la elaboración del historial médico de pacientes obesos, por ejemplo, el historial familiar de obesidad, edad de aparición, posibles anomalías endocrinas, estresores vitales o cambios evolutivos significativos, patrones de dieta y de actividad física, patrones de atracones, del mismo modo debe considerarse el historial de complicaciones médicas de la obesidad, tal es el caso de la intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus, hipertensión, cáncer, enfermedades respiratorias como apnea del sueño, además los tratamientos previos, como terapias nutricionales, conductuales y psicosociales, terapias farmacológicas y quirúrgicas, éxitos, fracasos, patrones, ciclos de peso, complicaciones, sumado a esto, factores que sugieran precaución con respecto a la reducción de peso, en particular, la edad, historial de anorexia nerviosa, embarazo o lactancia (Grilo, 2004).

La magnitud y distribución del incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado de aumento de peso, condicionan la salud del individuo, de allí se desprende la variable “riesgo”, al conceptualizar a la obesidad como condicionante de la salud del individuo, ante lo cual no solo se toma en cuenta el hecho anatómico de aumento de la grasa corporal, sino además el hecho clínico de hasta qué punto ese aumento supone enfermedad (Gil, 2008).

Según la OMS, (2007) la obesidad y el sobrepeso tienen graves consecuencias, tales como: enfermedades cardiovasculares, la diabetes, enfermedades del aparato locomotor y cáncer.

La obesidad se asocia con una plétora de morbilidades médicas. Las morbilidades, como las enfermedades cardíacas, la presión sanguínea alta y la diabetes, requieren frecuentemente de un seguimiento médico adicional (Grilo, 2004 op. cit).

Por último, la obesidad puede traer aparejada algunos efectos psicopatológicos como ser depresión, trastorno de ansiedad, disminución de la autoestima y alteraciones de la imagen corporal. Aún sin poder precisar si las alteraciones anteriormente mencionadas son causa o consecuencia de la obesidad, resultan igualmente determinantes para el mantenimiento y progresión de la misma, similarmente, hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son éstas la que desencadenan la obesidad (Gil, 2008).

### 3.3.2. Aspecto biológico de la obesidad

El hombre, afirma Ravenna (2008), está moldeado por millones de años de hambruna y de escasez de comida. Y dicha escasez produjo un fuerte impacto sobre los genes, puesto que, sobrevivían sólo los individuos que más provecho energético extraían de la poca comida que consumían. De éste hecho surge la teoría del gen ahorrativo la cual asegura que ante la escasez de alimento, los individuos a quienes la genética facultaba para almacenar mejor –en forma de grasa- la energía ingerida, eran los que resistían y sobrevivían. De lo antedicho se desprende que si dicho diseño genético fue útil en determinados momentos de hambruna, no ocurre lo mismo en épocas de opulencia.

El hambre y la saciedad son términos que reflejan estados homeostáticos.

La sensación de hambre es regulada, en principio, por una hormona llamada Leptina que es segregada por las células grasas y controla el peso corporal, ya que actúa sobre el hipotálamo e informa al cerebro respecto del estado energético, en resumen, avisa si estamos bien o si nos estamos quedando sin víveres. Cuando se produce un aumento de grasa en el organismo, la Leptina actúa sobre el hipotálamo para disminuir el apetito y aumentar el metabolismo basal.

Antes y después de la ingesta, se ponen en acción distintos órganos, como por ejemplo, el estómago y la primera porción del duodeno que secretan una hormona llamada Grelina, que se eleva antes de la comida e indica al cerebro que es momento de comer. Después de comer los niveles de Grelina descienden. Una vez ingerido el alimento, el páncreas segrega Insulina, hormona que permite la captación de glucosa por parte de una variedad de tejidos. La Insulina junto con la Leptina actúan lentamente para promover el equilibrio a largo plazo de las reservas de grasa del organismo. Finalmente, después de comer, la células que tapizan al intestino delgado y el colon secretan el

llamado Péptido YY3-36, en cantidad proporcional al contenido calórico de la ingesta. Los niveles de YY3-36 en la sangre se mantienen altos entre las comidas y producen un efecto antihambre.

Ahora bien, todo este proceso se realiza en condiciones normales, sin embargo, en el caso de las personas obesas aumenta la secreción de Leptina lo que provoca que su receptor se vuelva resistente, en los músculos hay resistencia a la acción de la insulina, los niveles de Grelina son elevados en exceso y la persona necesita comer más de lo normal, finalmente las personas obesas elaboran una menor cantidad de péptido YY3-36, ligado a la sensación de saciedad, el péptido no logra informar al hipotálamo los efectos de la última ingesta.

Sin embargo, y continuando con las palabras del autor, más allá de esa sensación de hambre, hacemos una selección previa de lo que vamos a ingerir, porque prevemos la gratificación que obtendremos al comer un determinado alimento y no otro. Es en ése momento cuando entra en juego el elemento hedónico, que comienza con una imagen y se concreta en la ingesta, con la consecuente estimulación del centro del placer cerebral. De ésta manera el cerebro libera Dopamina y el sujeto experimenta alivio y satisfacción (Ravenna, 2008).

### 3.3.3. Aspecto sociocultural de la obesidad

Los factores sociales y culturales, afirman Dag y Torresani (2007), influyen en la determinación de los hábitos alimentarios. En los últimos años se ha producido variaciones importantes en el patrón de consumo alimentario inducido por factores sociales y económicos. La madre que trabaja cada vez más fuera del hogar, la falta de tiempo para la elaboración de comida y sobre todo la fuerte penetración de la industria alimentaria a través de los medios masivos de comunicación, han determinado un cambio rotundo en la modalidad de los hábitos alimentarios. Se ha observado además un aumento de consumo de alimentos entre horas, un mayor consumo de dulces, golosinas y preparaciones comerciales, entre otros.

Asimismo, Gil (2008), considera que personas genéticamente predispuestas, insertas en un medio social que ofrece comidas de alto valor calórico y contenido de grasa, sumado a escasa actividad física serían las principales causas de la elevada prevalencia de esta problemática en la población.

En la actualidad, sostiene Cosenza (2008), el obeso es un hiper-consumidor en serie, y su institución de referencia es el fast food o el hipermercado.

Paralelamente, la preocupación por la figura corporal se ha ido acentuando en forma alarmante, señalan Dag y Torresani (2007). Las autoras afirman que la obsesión por la delgadez y la perfección física está dejando de ser una cuestión de estética individual, para convertirse en un problema de salud pública. Sin embargo, en la medida que sus causas profundas tienen que ver con valoraciones sociales y culturales, las posibles soluciones exigen un compromiso social que cada vez va más allá del aspecto sanitario del problema.

En Argentina, se ha extendido un exacerbado culto al cuerpo. El mito de la delgadez expresa un ideal de belleza que se ha constituido en paradigma de éxito social. La sociedad valora al ser humano principalmente por sus logros económicos y a ellos se asocia la fama y determinadas características corporales.

Asimismo, y continuando con las palabras de Dag y Torresani, mientras la gordura se vincula con dejadez y falta de voluntad, la delgadez se asocia con valores positivos como el dinamismo, la elegancia, el atractivo físico y el éxito social. El ser delgado aparece casi como el único pasaporte posible a la felicidad, y en pos de ello se puede llegar a afectar la salud física del individuo, el bienestar emocional y también su desempeño social.

Durante mucho tiempo, señala Ravenna (2007), la gordura en los niños, y fundamentalmente en los bebés, fue considerada como sinónimo de salud. En la actualidad ese pensamiento sigue en cierto sentido vigente.

Dag y Torresani (2007 op. cit.), advierten que los hábitos alimentarios se desarrollan durante los dos primeros años del niño y es hasta los ocho años aproximadamente donde se instauran las pautas familiares, se incorporan actitudes de los padres o cuidadores, quienes inadvertidamente las van inculcando a través de todos sus actos cotidianos. A pesar de las necesidades constantes de cambios en la época actual, los hábitos y estilos de vida incorporados durante la niñez, son muy duraderos y difíciles de modificar en la edad adulta.

Por lo expuesto, y según Ravenna (2006), el ideal físico es un tema señalado por la sociedad, así como el ideal de conducta. Por un lado, en el ideal físico, se venera a un cuerpo flaco y esbelto, y por el otro, las pautas de conductas como el acceso a comidas rápidas e hipercalòricas, así como también el ocio pasivo como la televisión, la

computadora y los videos juegos, son aquietantes y engordantes, por lo que nos encontramos frente a una dislocación de los ideales.

#### 3.3.4. Aspecto psicológico de la obesidad

Antes de adentrarnos en los aspectos psicológicos de la obesidad, parece pertinente aclarar algunas consideraciones respecto al reconocimiento o no de la misma como una enfermedad con base psicológica.

Cosenza (2008) señala que parece una paradoja caracterizar a la obesidad contemporánea. Por un lado, porque la alarma social y sanitaria con relación a la propagación exponencial de ella en los países del capitalismo avanzado es extrema, hasta el punto que la OMS ha definido a la obesidad como una pandemia en el nuevo mundo globalizado, acuñando el neologismo “globesidad”. Por otra parte, aún hoy es casi inexistente la contribución que se ha hecho desde el psicoanálisis, y en general de las psicoterapias dinámicas. Sólo la medicina en su vertiente nutricional le reconoce un estatuto autónomo de enfermedad, aunque reducido a una serie de cambios fisiológicos del cuerpo, a una perspectiva estrictamente biológica.

Tal y como sostiene Zukerfeld (1996), el Manual de diagnóstico de enfermedades mentales, (DSM III), no incluye a la obesidad dentro de los Trastornos de la Alimentación, puesto que la considera una enfermedad orgánica, y además porque, según algunos autores, la forma de comer de ciertos obesos no difiere mayormente de la población que no es obesa. En ésta concepción no se describiría un trastorno real en la conducta alimentaria y es útil para entender por qué determinados pacientes que cumplen una dieta no bajan de peso. Sin embargo, esta perspectiva deja de lado el hecho de que gran cantidad de pacientes no pueden realizar la dieta que se proponen o lo hacen por poco tiempo. De ahí que, y según Zukerfeld (1996 op. cit.), es evidente que existe un Trastorno de la Alimentación y/o un trastorno psicopatológico en el eje I o el eje II del (DSM-III).

Por otra parte, y siguiendo con las palabras del autor, desde 1972 se están describiendo conductas adictivas en obesidad, ante lo expuesto, el mismo sostiene que, para su comprensión y tratamiento, se debería tener en cuenta la relación de la persona con el objeto-comida adictivo.

Gil (2008), señala que la investigación de la obesidad desde distintas disciplinas ha permitido construir un complejo entramado de situaciones biológicas, psicológicas y

sociales que permiten explicar el creciente problema de la obesidad. La complejidad de los problemas psicosociales del paciente obeso excede al modelo médico tradicional. Por consiguiente, al abordar este problema como un sistema complejo en donde intervienen múltiples factores, estamos generando una visión integradora de la obesidad, pudiendo así despejar cierto reduccionismo propio de una época pasada, o no tan pasada.

Por último, Recasens Mladineo (2007) utiliza la imagen del iceberg para graficar lo complejo de la obesidad:

Un iceberg es un gran molde de hielo que flota en el agua, de la cual la parte visible es sólo un octavo. Lo mismo pasa con los kilos: los kilos por bajar o por subir son sólo esa octava parte que emerge en la superficie de la conciencia como problema. Pero la parte más grande, los siete octavos restantes, está sumergida, forma parte de la sombra y no es reconocida por esa persona como un problema. Y en realidad es el problema mayor, en primer lugar porque como están en la sombra, no los ve y, en segundo, porque sostienen el no cambio del cuerpo. En esos siete octavos están las relaciones sociales y afectivas y los vínculos familiares, con el trabajo, con el cuerpo y con el movimiento, entre otros. (p.104)

#### 3.3.4.1. *Obesidad y Calidad de Vida*

El conjunto de factores definidos como sociales dentro de las concepciones biopsicosociales de la enfermedad junto con lo que se entiende como red vincular, forman parte del concepto de *calidad de vida* y constituyen según Zukerfeld (2005), la condición de vulnerabilidad somática.

El autor, toma la concepción de calidad de vida de Allart, quien la formula teniendo en cuenta la satisfacción de necesidades básicas las cuales define con tres palabras: tener, amar y ser.

El *tener* se refiere a las condiciones materiales necesarias para evitar la miseria, como por ejemplo, la nutrición, la salud, la protección del medio ambiente etc.

El *amar* se refiere a la posibilidad que tienen los individuos de relacionarse entre sí y de formar parte de una comunidad. Este concepto está íntimamente relacionado con el de red vincular, entendido como un tejido donde se insertan las relaciones significativas.

El *ser* se refiere a las posibilidades de integrarse a la sociedad y de vivir en armonía con la naturaleza donde, en un extremo, el máximo de posibilidades consiste en el desarrollo de proyectos y de las potencialidades individuales.

Zuckerfeld (2005) señala que en dicha concepción se combinan bienes materiales y no materiales, así como también, aspectos objetivos y aspectos subjetivos, por otra parte también se incluyen los vínculos intersubjetivos y los modelos de identificación, tan importantes, según el autor, en el abordaje de las enfermedades crónicas.

Los ideales sociales son construcciones variadas que dependen del contexto cultural y el momento histórico. Forman parte de lo que es valorado y lo que es criticado por el conjunto social y se expresan en valores consensuados, orientaciones ideológicas, costumbres y modas influyendo en el comportamiento de los sujetos. Cuando estos comportamientos son mayoritarios para un determinado grupo social, y además, cumplen la función de regular la percepción y la estima de sí de los sujetos del conjunto, se transforman en ideales sociales dominantes.

En contextos sociales donde el ideal es la delgadez, la obesidad es objeto de rechazo social y marginación. La alteración de la calidad de vida en pacientes obesos no corresponde sólo a variables objetivas de su condición, sino también al hecho de no ser considerada enfermedad en sí misma por los servicios de salud y a la discriminación médica y social. Por otra parte, el objetivo saludable de adelgazamiento se convierte y se enajena en una búsqueda de aceptación social, pudiéndose comprender así la importante alteración de la calidad de vida de estos pacientes que también se automarginan en función de su sobrepeso. Por lo antedicho, existe marginación y automarginación, hecho que la sociedad justifica, puesto que, la actitud promedio que se tiene frente a la obesidad se devela en el fondo como moralista.

En consecuencia en muchos casos, no se soluciona el problema con solo promocionar conductas saludables definidas desde el paradigma médico, como el incremento de la actividad física y disminución de la grasa alimentaria, puesto que se deja de lado los conflictos psíquicos e intersubjetivos, que obstaculizan el desarrollo de dichas conductas saludables. Desde una perspectiva terapéutica, las conductas de riesgo en muchos casos no se modifican por temor a sus consecuencias, sino que son inversas a la condición de autoestima del sujeto. Cuando se mejora la estima de sí hay más probabilidad de que estos comportamientos disminuyan. Por otra parte, la disminución de las conductas de riesgo suele incrementar la autoestima en sujetos con información sobre el tema. Cuando un obeso puede disminuir la grasa de la alimentación y sostener

ese cambio, mejora su calidad de vida, del mismo modo que la mejoría primaria de su autoestima hace mejorar sus comportamientos riesgosos.

Por lo expuesto, se deduce la importancia de un abordaje interdisciplinario, en el cual se lleven a cabo tanto intervenciones médico-psicoeducacionales, como así también, intervenciones psicoterapéuticas sobre el nivel de autoestima de los pacientes obesos, en realidad, las intervenciones en este campo se distribuye entre diversos actores sociales, entre los que el estado tendría que cumplir un rol central (Zukerfeld, 2005).

#### *3.3.4.2. Obesidad y Estilo de Vida*

Al realizar investigaciones en el área de la salud, muchos psicólogos han encontrado relaciones entre una serie de conductas cotidianas, actitudes y creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedades, es decir el estilo de vida, y la posterior aparición de la enfermedad, como lo prueba el caso de la obesidad (Reynoso Erazo y Seligson Nisenbaum , 2005).

La modernización de la sociedad provoca que los individuos disminuyan su actividad física, las personas en la actualidad utilizan el automóvil para ir a comprar el periódico, o para cualquier cosa que necesiten de la tienda de la esquina, por otro lado, en casa no necesitan levantarse del asiento para cambiar el canal de la televisión, subir el volumen o apagar el estereo. Tal disminución de la actividad física se encuentra íntimamente relacionada con la salud, ya que las enfermedades, como la obesidad entre otras, se han vinculado con el estilo de vida de los individuos, porque la forma en que uno vive determinará el modo en el que va a morir. Continuando con las palabras de los autores mencionados, la función del psicólogo consiste en implementar programas de salud relacionados con factores que influyen en la enfermedad para buscar las relaciones entre conductas y factores ambientales que incrementan la probabilidad de ocurrencia de algunas enfermedades como la obesidad, asimismo, identificar comportamientos saludables y de riesgo, así como también, promover cambios de estilo de vida y por último, utilizar técnicas conductuales para modificar, sistematizar y mantener los cambios. Como resultado de lo expuesto, si se considera que algunas enfermedades, particularmente la obesidad, son consecuencia de un estilo de vida inadecuado, la curación y la rehabilitación de la persona no será alcanzado sólo con indicaciones médicas, por el contrario, será necesario que el psicólogo proporcione al paciente las

habilidades necesarias para modificar su estilo de vida. Por último, Reynoso Erazo y Seligson Nisenbaum (2005), aseguran que las técnicas cognitivo-conductuales son útiles para ayudar a los pacientes, en la adopción de estilos de vida saludables y activos desde el punto de vista físico, teniendo como meta final evidenciar cambios en la conducta a nivel individual, familiar y comunitario producirán cambios en la morbilidad y en la mortalidad. Para tal fin deberá conseguirse un cambio conductual que genere cambios en la salud.

#### *3.3.4.3. Obesidad y Alexitimia*

Rovira (2006), señala que es significativa la cantidad de comedores excesivos que presentan signos de alexitimia, definiéndose esta como la incapacidad o dificultad para expresar o darse cuenta del estado de ánimo o de las propias emociones. Estos individuos usan la comida como un regulador de tensiones internas y de sus más ocultos sentimientos, lo cual contribuye a que ganen peso y tengan dificultades para perderlo.

En la personalidad de la persona obesa predomina un sentimiento de vacío que orienta a todas sus conductas a llenar ese “hueco” con alimento, la comida se presenta aquí cumpliendo una función similar a las drogas en las adicciones, por ésta razón, considera que la psicoterapia debería ayudar a los pacientes a diferenciar los sentimientos y desarrollar una adecuada capacidad de simbolización.

San Román (2007), afirma que los sujetos que presentan esta incapacidad para verbalizar estados afectivos, describir los propios sentimientos y diferenciarlos de sensaciones corporales, presentan vulnerabilidad somática frente a situaciones de sobrecarga psíquica. Estos sujetos pueden advertir sensaciones emotivas como nerviosismo, irritabilidad, aburrimiento, tristeza y ansiedad pero no pueden atribuirles un significado. En el caso de la obesidad, esta particular dificultad es reemplazada por el comer compulsivamente como una vía de descarga. En la clínica, se evidencia que estos pacientes no eligen comer, sino que se les impone hacerlo como una necesidad de descarga que no pueden controlar. El acto de comer aparece como un mecanismo de respuesta rigidizado y extensivo a todo tipo de situación amenazante que el paciente no registra como tal.

Hilde Bruch (1973), psicoterapeuta especialista en patología alimentaria, señala que en los obesos se observa una dificultad importante en la identificación de sus propias

sensaciones, no logran diferenciar hambre de saciedad, al punto de recurrir a señales externas que les indiquen cuándo comer y cuándo dejar de hacerlo, con frecuencia no alcanzan a distinguir la sensación de hambre de otro tipo de emociones, lo que lleva a que cualquier incremento emocional tenga como respuesta un aumento de la ingesta.

La autora atribuye estas alteraciones a dificultades maternas en la relación temprana madre-hijo, madres que, por su ansiedad, han tenido dificultades en decodificar el lenguaje sin palabras del bebe, teniendo respuestas estereotipadas ante cada requerimiento de su hijo, así que dieron de comer ante cada pedido: cuando tenía hambre, o sueño, o frío, o necesidad de ser higienizado.

Sumado a esto, la expresión: conciencia de uno mismo, que propone Goleman (2008), se refiere a una atención progresiva a los propios estados internos, en ésta conciencia autoreflexiva la mente observa e investiga la experiencia misma, incluidas las emociones, esta conciencia de uno mismo parecería exigir una nueva neocorteza activa, sobre todo en las zonas del lenguaje, adaptada para identificar y nombrar las emociones que surgen. Esta conciencia de las emociones es la competencia emocional fundamental sobre las que se construyen las demás, como el autocontrol emocional. En resumen, conciencia de uno mismo significa ser conciente de nuestro humor y también de nuestras ideas sobre ese humor, reconocer un humor desagradable es sentir el deseo de superarlo.

En efecto, Goleman (2008 op. cit.), afirma que algunas personas obesas son incapaces de distinguir la diferencia entre estar asustadas, enojadas o hambrientas, y entonces agrupan todos estos sentimientos en un único significado, que es el de hambre, lo que las lleva a ingerir demasiada comida toda vez que se sienten perturbadas. Según éste autor, la comida puede tener una influencia notable en el estado de ánimo y al igual que un medicamento actuar incluso como automedicación.

Rovira (2006) opina que para algunos pacientes, un tratamiento para adelgazar, significa situarse delante de una paradoja: perder peso y tener que enfrentarse con la angustia, la depresión y la ansiedad que están por debajo, o mantener la obesidad y soportar el dolor y desagrado que la misma le despierta. En el balance de ambos términos se define, la mayoría de las veces, el destino del tratamiento.

#### *3.3.4.4. Percepción de la Imagen Corporal*

Una de las definiciones más reconocidas de imagen corporal es la de Schilder (1977), que la describe como aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro cuerpo, es decir la forma como éste se nos aparece.

Éste es un concepto plástico y dinámico que construimos a partir de las experiencias sensoriales y psíquicas y que es integrado constantemente por el sistema nervioso central.

Según Zukerfeld (1996), podemos distinguir tres tipos de trastornos de la imagen corporal: el tipo perceptual, el tipo cognitivo emocional y el tipo social. El tipo perceptual se localiza de modo predominante en el aparato perceptual, específicamente en el sentido de la vista y en relación con el sentido de la forma. Se trata de distorsiones en la estimación de la superficie corporal y sus dimensiones, como lo prueba el caso de la subestimación de las medidas corporales en la obesidad, de ahí que la forma y la superficie corporales sean de notable importancia para expresar las distorsiones de la imagen corporal.

El tipo cognitivo emocional es independiente del factor perceptual e incluye dos grandes aspectos de notable importancia clínica: el grado de satisfacción con la propia imagen y el grado de registro de la interioridad corporal. En relación al primer aspecto, algunos pacientes, sin mostrar distorsión perceptual, experimentan un malestar extremo en relación con su aspecto corporal. Existen en ellos deslizamientos semánticos donde la palabra “gorda” encubre indiscriminadamente adjetivos como “fea”, “hinchada”, “horrible”, “insoportable”, “asquerosa”, etc. Es importante señalar la íntima relación que existe entre esto último y las pautas culturales de belleza en boga. En este sentido lo que aquí se juega es la regulación de la autoestima.

En cuanto al segundo aspecto, desde Hilde Bruch hasta la actualidad se incluye el problema del registro de las sensaciones de hambre y saciedad en la concepción de imagen corporal. Los pacientes con este tipo de distorsión califican con dificultad las sensaciones interoceptivas y son incapaces de verbalizar sentimientos y discriminarlos.

Bruch (1973), sostiene que la correcta o incorrecta interpretación de los estímulos internos y la sensación de control del cuerpo deben ser incluidas en el concepto de identidad corporal. Por otra parte, afirma que un concepto realista de la imagen corporal es la condición necesaria para la recuperación en patologías alimentarias. Muchos pacientes pueden ganar peso por una variedad de razones, pero una cura real o duradera no se logra sin la corrección de las distorsiones de la imagen corporal.

Por último, y retomando las palabras de Zukerfeld (1996), en el tipo social, se trata en definitiva de los modos de subjetivación de los ideales del cuerpo que la cultura ordena. Implica lo que llamamos genéricamente, “fantasía de cambio corporal”, que corresponde a una “fantasía de adelgazamiento”. En términos generales, “delgada”, puede ser parte de un encadenamiento semántico tipo “delgado-bello-erótico-exitoso” o “delgado-puro-perfecto-esquelético-inmortal”. Hablamos de distorsión de tipo social, cuando las expectativas de adelgazamiento son irreales cualitativa y cuantitativamente. En consecuencia, Zukerfeld (1996 op. cit), cree importante tener en cuenta en estas problemáticas, como es el caso de la obesidad, determinados principios básicos de concientización, que incluyen:

- 1) Hacerse cargo del propio cuerpo, tanto en la intención de modificarlo como de aceptarlo.
  - 2) Registrar señales corporales placenteras y displacenteras, es decir, todo trabajo focalizado sobre la imagen corporal debería ocuparse de la forma de percibir el hambre y la saciedad.
  - 3) Replantear criterios de belleza y salud, es importante la orientación técnica del trabajo con el paciente a partir de conocer los preconceptos que tiene sobre lo hermoso y lo saludable, los propios del terapeuta y los paradigmas vigentes.
- (p.187)

Los trastornos de la imagen corporal en obesidad, bulimia y anorexia nerviosa son parte del diagnóstico de estas patologías: a veces su presencia es trivial y otras central, insidiosa y casi irreducible. El autor pretende destacar, que en la actualidad conviene tener una actitud intermedia entre Hilde Bruch- que sostenía que sin la mejoría de la imagen corporal no hay progreso terapéutico- y ciertas corrientes actuales que prácticamente niegan la existencia del problema.

Recasens Mldineo (2007) define, a grandes rasgos, a la imagen corporal, como la valoración y apreciación íntima que una persona realiza de sí misma y que se revela en la autopercepción de su cuerpo y en la actitud que manifiesta hacia él, de acuerdo con ello, debemos tener en cuenta que hay un cuerpo mental, una representación en nuestra mente, una vivencia íntima de nuestra corporeidad, tanto o más importante que el cuerpo visible en lo referente a alimentación, pues las distorsiones en ese cuerpo mental son previas al aumento de peso y permanecen ahí después de haberlos bajado, lo cual es una de las principales razones para volver a engordar.

Por lo que antecede, sólo si consideramos que la persona es una totalidad, podremos diseñar exitosamente un tratamiento para las patologías alimentarias, sólo así podremos ayudar a decodificar un discurso complejo, lleno de contradicciones que se expresan en el cuerpo, ante lo expuesto, es fundamental trabajar con la imagen corporal que cada persona tiene de sí.

En la obesidad, el cuerpo aumenta de peso y la persona no se da cuenta, ni tiene registro del cambio. Es preciso señalar que cuando decimos registro nos referimos no al número de la balanza, sino a las sensaciones provenientes del interior del cuerpo y que indican que el tamaño y el peso están cambiando. Ante la ausencia de información sensible, ese cuerpo se transforma en una especie de cuerpo de bebé, sin los recursos para reaccionar frente al mundo.

A veces, son 10 kg. los que se aumentan en dos años, otras 50 Kg. en un año, otras más 30 a lo largo de una vida, y otras veces simplemente siempre se lucha con el peso.

Pero existe, según Recasens Mladineo (2007), siempre la misma dinámica, es decir, hay momentos de contacto con el cuerpo y momentos de desconexión, más largos o más cortos, pero igualmente peligrosos. Estos momentos de conexión-desconexión resultan más evidentes cuando el aumento se produjo de golpe, con frecuencia los pacientes descubren un día que aumentaron de peso notoriamente: “Me vi en una foto y no pude creer que era yo”, “cuando me vi en el espejo creí que me moría”. En el plano mental lo que sucedió fue que la persona fue negando los cambios, pero desde lo corporal, la vivencia fue de ausencia de datos.

La persona obesa vive de frustración en frustración, es un experto en fracasos que tolera tan poco que prefiere no iniciar ningún cambio porque no toleraría fracasar. Es importante que los pacientes logren hacerse cargo de la enfermedad que padecen, por ello resulta fundamental, orientar a los mismos a que puedan reconocer su tipo físico corporal, aceptarlo y hacerse cargo de los condicionamientos que le produce, al mismo tiempo aprender a escuchar y reconocer los estados corporales e integrar sus necesidades para generar un cambio duradero.

### **3.4. El tratamiento de la obesidad.**

#### 3.4.1. Consideraciones generales

Al considerar a la obesidad como una enfermedad crónica, Gil (2008) enfatiza en la importancia de conocer por parte del profesional, en qué momento de su relación con la enfermedad está el paciente. Con tal objeto, Gil propone recurrir a un modelo de etapas de cambio para las enfermedades crónicas propuesto por Prochaska y colaboradores:

*Etapa Pre-contemplativa:* No hay proyecto de cambios en el futuro inmediato. Hay negación del propio esquema corporal.

*Etapa Contemplativa o de consideración:* Se admite el problema pero no está aún en condiciones para los cambios necesarios. Se citan obstáculos insuperables.

*Etapa de Preparación:* Conciencia del problema e intención de resolverlo en un futuro cercano.

*Etapa de Acción:* Se toman medidas para intentar el cambio y se enfrentan las dificultades del proceso. Aquí es fundamental el apoyo, la contención y la comprensión.

*Etapa de Mantenimiento:* Etapa a la que se llega a los seis meses de mantener un proceso de cambio. Hasta aquí puede hacer recaídas.

*Etapa de Recaída:* En éste modelo la recaída se considera como parte del proceso y puede ocurrir en cualquier etapa del mismo. El paciente debe aprender estrategias y no abandonar todo en una de ellas. (p.24)

Es fundamental tener en cuenta diferentes aspectos para poder trabajar en ellos, como son la motivación del paciente en la que se deberá trabajar en el sostenimiento y aumento de la misma, haciendo hincapié en la necesidad y los beneficios del tratamiento. Asimismo, se deberán revisar, repensar y cuestionar las creencias instaladas en la sociedad en torno a la obesidad que plagan el tratamiento.

Sumado esto, se deberá tener en cuenta la ausencia de una suficiente estabilidad en las representaciones del sí mismo, de su imagen corporal, que interfieren en su autoestima y en su desenvolvimiento en la vida cotidiana.

También la modificación de la conducta alimentaria, que incluya la modificación de hábitos que hace a su manera de ingerir alimentos y a la manera de relacionarse con ellos (Gil, 2008 op. cit.)

Existe según Zukerfeld (2005), una diferencia entre sentirse enfermo y tener una enfermedad. De este modo, malestar o bienestar no necesariamente coinciden con enfermedad o salud y aparecen más vinculados con los factores que influyen en la

percepción de sí y la autoestima. En patologías crónicas como la obesidad, la calidad de vida puede estar muy alterada y su percepción subjetiva ser o no congruente con el estado objetivo. Cuando los defasajes son significativos se pueden generar problemas en personas obesas como por ejemplo la negación, es decir “sentirse demasiado bien” disminuye la probabilidad de buscar ayuda e incluye comportamientos hipomaniacos, por el contrario, la obsesión, cuando pacientes con cierto sobrepeso, se encuentran objetivamente bien pero se “sienten mal”. Lo ideal es dar la condición de posibilidad para el desarrollo de conductas saludables, alejadas de la negación y de la obsesión.

Por lo antedicho, la intervención psicológica deberá apuntar a producir un cambio en el paciente a lo que aparece como sintomático y que le genera padecimiento obteniendo cierta estabilidad emocional y en las representaciones del sí mismo tanto en lo referente a la imagen corporal como a su autoestima, teniendo en cuenta que el cambio no se prescribe, sino que se reaprende y para tal fin se requiere de tiempo y técnicas (Gil, 2008).

#### 3.4.2. Enfoque Conductual

Reynoso Erazo y Seligson Nisenbaum (2005), consideran que los propósitos del psicólogo conductual de predecir, controlar y explicar la conducta se han alcanzado, en la actualidad no existen dudas respecto a que la conducta ocurre como función del ambiente, lo cual permite predecirla y controlarla llevando a cabo cambios sistemáticos en el mismo. Es fundamental en la intervención conductual, seleccionar o definir la conducta problema que requiere ser modificada, así como también considerarla dentro del contexto en el cual ocurre. Existen conductas que se tornan problemáticas debido a que ocurren con una frecuencia, intensidad y duración muy altas para un ambiente o una circunstancia en particular. Así, como por ejemplo, se observa un exceso conductual en pacientes obesos que comen demasiado y muy seguido. Asimismo una conducta se vuelve un problema debido a que ocurre bajo condiciones o tiempos inadecuados. Siguiendo en la línea de pensamiento de los autores mencionados, la obesidad puede ser considerada como un exceso conductual, pero también es un ejemplo de control de estímulos deficiente, ya que la conducta de comer está asociada con muchos estímulos medioambientales, como son la hora del día, el lugar, el evento social, por lo cual es

probable que cuando estos estímulos estén presentes, la conducta de comer ocurra independientemente de si el paciente tiene hambre o no.

El término *autocontrol* ha tenido diferentes significados e interpretaciones, se le ha asociado con la fuerza de voluntad, sin embargo, no depende de las motivaciones o fuerzas internas que nos llevan a decidir cambios en nuestras conductas. El autocontrol es un proceso en donde el individuo es el principal agente en guiar, dirigir y regular el proceso de cambio de su propia conducta, requiere que el individuo conozca cuales son los factores que influyen su conducta y cómo esos factores pueden ser modificados para producir el cambio conductual deseado.

Los tres elementos básicos, según estos autores, en el manejo del autocontrol son la

a) Autoobservación, b) la planeación medioambiental y c) la programación conductual:

a) Autoobservación: para que los individuos puedan efectivamente cambiar su conducta, necesitan conocer la frecuencia con que ésta se presenta y con qué lugares y acontecimientos está asociada, esto se logra mediante un procedimiento denominado autorregistro, en el cual los paciente observan y registran su conducta, por ejemplo en los trastornos de obesidad, se registra tipo y abundancia de alimentos en el día.

b) Planeación Medioambiental: Esta es una estrategia que implica cambiar el medio ambiente con el fin de que las situaciones que preceden a una conducta determinada o las consecuencias que le siguen puedan ser modificadas. Como ejemplo en problemas de obesidad, donde se trabaja principalmente en el cambio de los hábitos alimenticios y no sólo en la reducción del peso, a los individuos se les entrena a detectar y modificar los hábitos alimenticios que están llevando a cabo. Las investigaciones han demostrado que la alteración de situaciones medioambientales relacionadas con la conducta problema puede ayudar a que el individuo modifique esa conducta y, sobre todo, mantenga el cambio.

c) Programación Conductual: Esta implica cambiar ciertas conductas mediante la modificación de las consecuencias de éstas, para lo cual es factible utilizar el autorreforzamiento o el autocastigo (Reynoso Erazo & Seligson Nisenbaum, 2005).

Si bien, la mayoría de los tratamientos conductuales producen pérdidas significativas de peso a corto plazo, en los estudios se observa que los pacientes en general, recuperan entre un tercio y la mitad del peso perdido durante el primer año de postratamiento y que la mayoría de los pacientes recuperan todo el peso perdido durante los siguientes cinco años. La preocupación cada vez mayor respecto a la incapacidad para producir pérdidas duraderas de peso generó muchas investigaciones sobre las

recaídas y la aparición de numerosos enfoques para un mejor mantenimiento del peso perdido (Grilo, 2004).

### 3.4.3. Enfoque Cognitivo-Conductual

Han pasado 30 años desde que Beck propusiera por primera vez una teoría y una terapia cognitiva para la depresión, durante ese lapso de tiempo, la psicología clínica, y la psicoterapia en particular, han sido testigos de un cambio paradigmático que se alejaba de la comprensión y tratamiento, sobre todo de tipo psicodinámico o conductual, de los trastornos psicológicos hacia una perspectiva más cognitiva o cognitivo-conductual.

Debido a extensas investigaciones, se ha elaborado y perfeccionado la base teórica de la terapia cognitiva, aplicándose en un amplio rango de trastornos tales como los trastornos alimentarios (Clark & Beck, 2002).

Continuando con los mismos autores, el modelo cognitivo asume que para la adaptación y la supervivencia del ser humano es central la habilidad para procesar información y formar representaciones mentales de uno mismo y de su entorno, no obstante, esas representaciones cognitivas o estructuras de la realidad, personalmente significativas, pueden ser, en el mejor de los casos, aproximaciones a la experiencia real.

Los esquemas son estructuras de asignación de significado que guían la búsqueda, codificación, organización almacenaje y recuperación de la información. Por consiguiente el modelo cognitivo propuesto por Beck, es un modelo basado en esquemas, considerándose la asignación de significado la actividad primaria del sistema del procesamiento de la información, por lo tanto, en este modelo lo que los individuos creen y comprenden es mucho más importante que los pensamientos que entran en su flujo de conciencia, de ahí que los esquemas cumplan un papel fundamental, guiando nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, mediante la interpretación de las demandas ambientales que nos afectan. En psicopatología, los *esquemas* desadaptativos, dominan el sistema de procesamiento de la información produciendo *distorsiones cognitivas y pensamientos negativos automáticos* (Clark & Beck, 2002 op. cit.).

El término clínico de Pensamientos Automáticos Negativos hace referencia a aquellas imágenes y contenidos verbales que emergen de un modo habitualmente consciente y que constituyen el principal reto para el terapeuta, por otro lado, las distorsiones cognitivas son anomalías en el procesamiento de la información, son según Beck errores

lógicos, como por ejemplo el pensamiento dicotómico, que conducen a la formación de Pensamientos Automáticos Negativos (Vázquez & Cameron, 2002).

Autores como Casado, Camuñas, Novlet, Sánchez y Vidal (1997) afirman que en la obesidad son muchos los pensamientos negativos, irracionales y/o deformados asociados a la conducta de ingesta. En lo que respecta a la comida y el peso, los pensamientos distorsionados pueden favorecer el excesivo consumo de alimentos y dar lugar a un patrón de respuestas caracterizadas por aspectos cognitivos displacenteros de tensión, tales como pensamientos de culpabilidad, pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos irracionales relacionados con la comida, aspectos motores como la ingesta compulsiva y aspectos fisiológicos de alta activación.

Ante lo expuesto, las intervenciones del terapeuta cognitivo estarán orientadas a aliviar el malestar psicológico mediante la modificación de los esquemas disfuncionales y del procesamiento de información sesgado, utilizando una gran cantidad de técnicas de intervención de otras escuelas psicoterapéuticas en una forma de eclecticismo técnico, por ejemplo técnicas conductuales, aunque las formas principales de intervención son la persuasión verbal y la comprobación empírica de hipótesis (Clark & Beck, 2002).

El modelo cognitivo propone según Beck (2000) que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes, por consiguiente, la modificación del pensamiento produce una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos.

En todas las terapias cognitivas derivadas de Beck, el tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales. El terapeuta busca, mediante diversos recursos, producir un cambio cognitivo, es decir, un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del paciente, para conseguir, a partir de allí, una transformación duradera de sus emociones y comportamientos (Beck, 2000 op.cit).

Por otro lado, cuando la conducta se presenta como elegida en función de sus consecuencias cognitivamente previstas “causa final”, frecuentemente podemos encontrar una disyuntiva entre las consecuencias previstas a corto plazo (o inmediatas) y las opuestas previstas a largo plazo (mediatas o demoradas), este dilema es tomado por la terapia cognitiva con la denominación de “conflicto temporal de consecuencias”. Existe una mayor probabilidad de trastornos en las personas guiadas preponderantemente por las consecuencias inmediatas y mayor nivel de adaptación personal, resistencia a las tentaciones y orientación hacia los logros en las personas con

preferencia por las consecuencias positivas a largo plazo. Un ejemplo de conductas que tienen una consecuencia inmediata positiva pero a largo plazo negativas son, entre otras, las conductas adictivas como el alcoholismo, drogodependencia, obesidad etc., para cuyo tratamiento se destaca la importancia de la mediación cognitiva en forma de instrucciones y de auto-instrucciones para lograr desarrollar y/o sostener conductas orientadas a logros a largo plazo (Obst Camerini, 2004).

Asimismo, y retomando las palabras de Beck (2000), las emociones tienen una importancia fundamental para el terapeuta cognitivo. Las emociones negativas intensas son muy dolorosas y pueden ser disfuncionales cuando interfieren con la capacidad para pensar con claridad, resolver problemas y actuar de manera eficaz. Los pacientes a menudo experimentan una intensidad excesiva e inadecuada en sus emociones. Sin embargo, las emociones negativas “normales” forman, junto con las positivas, parte de la riqueza de la vida y tienen una función importante ya que nos alertan acerca de un problema potencial que debe ser enfrentado. Suele ocurrir que una emoción no parezca ser compatible con el contenido de los pensamientos automáticos, por consiguiente, el terapeuta debe llegar a entender la relación entre los pensamientos, las emociones y el comportamiento. Además, algunos pacientes no pueden catalogar sus emociones, presentan un vocabulario empobrecido en lo que atañe a éstas. Por lo que antecede, resulta útil hacer que el paciente vincule sus reacciones emocionales en situaciones específicas con los nombres correspondientes. Por otro lado, es importante también que los pacientes no solo identifiquen sus emociones, sino que además puedan cuantificar el grado de emoción que están experimentando. Algunas personas suelen tener creencias disfuncionales respecto de sus emociones, tal es el caso, de aquellas que creen que, si experimentan un leve grado de estrés, ese sentimiento aumentará hasta volverse intolerable (Beck, 2000 op. cit.).

Según Casado et al. (1997), el tratamiento de la obesidad debe asumir una visión multidisciplinar, ésta última se plasma en la importancia concedida a la influencia de los factores cognitivos y comportamentales en el desarrollo y mantenimiento del problema de la obesidad, por esta razón, los tratamientos actuales se centran no sólo en la educación sobre nutrición y el aumento de la actividad física, sino también en la evaluación y modificación de las variables cognitivas y conductuales asociadas. Por lo que antecede, es importante en el tratamiento de la obesidad, tener en cuenta una amplia gama de variables: hábitos de alimentación, cadenas conductuales que favorecen la ingesta fuera de horas, niveles de ansiedad, una imagen deteriorada que no encaja con

los actuales cánones de belleza, la falta de recursos y estrategias para hacer frente a los problemas cotidianos, la falta de habilidades sociales para formar parte de un grupo de amigos, pensamientos distorsionados relacionados con la comida y el peso, etc.

El tratamiento, Casado et al. (1997), se centra en el aprendizaje de una serie de técnicas Cognitivo-conductuales dirigidas a la mejora de sus hábitos de alimentación y a la modificación de distintas variables psicológicas asociadas, por ejemplo:

- Información sobre la obesidad: los pacientes reciben información acerca de la obesidad, se los instruye acerca de las variables asociadas a la misma, tipos de tratamientos, nutrición, la importancia del ejercicio, con el objeto de fomentar la adhesión al tratamiento, incrementando su grado de motivación y responsabilidad.
- Elaboración de menús: partiendo de una buena educación en nutrición se pretende que los pacientes sean capaces de elaborar programaciones personales de sus dietas.
- Entrenamiento en técnicas de autocontrol:
  - Autoregistro de consumo de alimentos y situaciones en las que se consumen: Con el fin de tomar conciencia de lo que comen en cada momento y de las variables que controlan la ingesta.
  - Autoregistro de actividad: los pacientes paulatinamente aumenta su actividad física.
  - Establecimiento de metas y submetas adecuadas: es importante que la meta final sea realista, como así también, establecer submetas con el fin de mantener la motivación.
  - Control estimular: se debe controlar tanto el consumo de alimentos, como la situación misma de la ingesta.
  - Autorrefuerzo: con el propósito de mantener la motivación es importante que los pacientes aprendan a reforzar su esfuerzo con la utilización de distintos reforzadores externos e internos.
  - Registro semanal del peso: cada paciente debe llevar un registro escrito semanal de su peso.
- Habilidades sociales: con el propósito de dotar a los pacientes del grupo de habilidades asertivas para la consecución de sus metas, en particular, aprender a comer en situaciones sociales, pedir menús hipocalóricos, rechazar alimentos “peligrosos”, etc.
- Reestructuración cognitiva: en la obesidad son muchos los pensamientos negativos, irracionales y/o deformados asociados a la conducta de ingesta. La técnica de reestructuración cognitiva es utilizada con el objetivo de aprender a detectar, analizar y cambiar dichos pensamientos con el fin de mejorar los hábitos alimenticios y modificar las distintas variables psicológicas asociadas.

Los pensamientos negativos más comunes en obesos son: “Me estoy sacrificando y estoy perdiendo muy poco peso”, “No tengo fuerza de voluntad”, “Me he comido un dulce, lo he estropeado todo”, no obstante, y durante el transcurso del tratamiento, serán los propios pacientes los que deberán aprender a detectar sus propios pensamientos irracionales para trabajar con ellos en grupo (Casado et al. ,1997).

- Solución de problemas: los objetivos son, en primer lugar, aprender a plantear los problemas como respuesta inadecuadas y no como situaciones imposibles, y, en segundo lugar, conseguir la interrupción de cadenas conductuales que favorecen la ingesta especialmente fuera de horas, de ahí que se les explica a los pacientes las cinco fases de la técnica de Solución de Problemas, utilizando para ello, continuos ejemplos de la vida diaria, según Nezu, Nezu, Deanes y D’Zurilla (2002), la resolución de problemas sociales es un proceso metacognitivo mediante el cual las personas comprenden los problemas de la vida y se esfuerzan por: a) alterar la naturaleza problemática de la situación, y b) sus reacciones hacia éstas, o c) ambas cosas a la vez.

Cinco son los procesos interactivos que se deberán tener en cuenta, de acuerdo con este enfoque, para lograr una resolución eficaz de los problemas:

La *orientación hacia el problema* que incluye un proceso motivacional, representa las reacciones cognitivo-afectivas inmediatas de un individuo cuando se enfrenta por primera vez a un problema. Incluye creencias, atribuciones y expectativas acerca de los problemas de la vida en general y a nuestra habilidad para resolverlos eficazmente.

Los cuatro restantes componentes, constituyen una amplia dimensión que puede definirse como la aplicación racional, deliberada, sistemática y hábil de un conjunto de tareas dirigidas hacia unos objetivos que permiten a los individuos resolver los problemas satisfactoriamente, tal es el caso de la definición y formulación del problema, búsqueda de alternativas, toma de decisiones, y ejecución y verificación de las soluciones (Nezu, Nezu, Deanes y D’Zurilla, 2002 op. cit.). La formulación y definición del problema es aclarar y comprender la naturaleza del problema y especificar metas y objetivos realistas. La búsqueda de alternativas implica pensar creativamente en la mayor cantidad posible de soluciones utilizando distintas estrategias de tormenta de ideas con el objetivo de incrementar la posibilidad de definir las soluciones más efectivas. La toma de decisiones es realizar un análisis de costo-beneficio para cualquiera de las soluciones propuestas para identificar la más efectiva para ponerla en acción. La ejecución y verificación de soluciones implica poner a prueba la solución elegida, observar sus consecuencias y evaluar su efectividad.

#### 3.4.4. El Formato Grupal en el Tratamiento de la obesidad

Napolitano (2008), sostiene que en la psicoterapia de grupo tanto las interacciones paciente-terapeuta como las interacciones paciente-paciente se utilizan para efectuar cambios en la conducta de cada uno de los miembros del grupo. El grupo mismo sirve como instrumento de cambio. La mayor ventaja que posee la psicoterapia grupal, es la de ser un escenario grupal, el poder de este instrumento proviene de la importancia que tienen las interacciones interpersonales en nuestro desarrollo psíquico, lo vincular adquiere extrema importancia en todo proyecto terapéutico. El sujeto se halla sostenido, apoyado y comprendido en la situación grupal. El objetivo de la terapia grupal es la identificación y toma de modelos con el resto de los miembros, así como también, el aprendizaje y soporte en los pares.

Cabe señalar, la reflexión que hace Zukerfeld (2005), al referirse a la actitud moralista que la sociedad asume con respecto a la obesidad (véase subapartado 3.3.4.1.), cuando afirma que no sorprende que los obesos, así como también los alcohólicos, constituyan dentro del campo de las enfermedades crónicas, los más habituales usuarios de los dispositivos grupales, puesto que éstos últimos, asegura el autor, mejoran notablemente la percepción subjetiva de apoyo y de bienestar porque ofrecen, entre otras cosas, una respuesta diferente a la médico-social habitual.

Estos dispositivos grupales se fundamentan en tres principios generales: 1) de semejanza, 2) del modelo y 3) de expresión emocional y confrontación.

1) *de semejanza*: plantea la relación de la semejanza de la problemática y la posibilidad de cambio, es decir existe un valor terapéutico en los que sería el pasaje del “a mí me pasa” al “a nosotros nos pasa”, a partir de la universalidad y la esperanza.

2) *del modelo*: plantea la relación claridad, explicitación y consenso, al modelo de cambio y su valor terapéutico. Se basa en la posibilidad de construir ideales desencarnados sobre este modelo, con posterioridad al encuentro con el semejante para lo que adquiere importancia la información y la re-socialización. Es decir que existe un valor terapéutico que se agrega al “nosotros”, y pasa a ser “nosotros con este modelo que construimos”.

3) *de expresión emocional y confrontación*: se define como la relación entre las condiciones que da un grupo para poder enfrentar realidades negadas e intentar

transformarlas. Es decir que existe un valor terapéutico que completa lo citado anteriormente, pasando a ser: “nosotros con este modelo que construimos, nos expresamos y transformamos esta realidad que nos afecta”. Aquí adquiere valor la expresión emocional correctiva y el aprendizaje interpersonal (Zukerfeld, 2005).

### **3.5. Obesidad y adicción**

#### **3.5.1. Personalidad Adictiva**

Ya Freud (1930/1985), sostuvo que la vida, tal como nos ha sido impuesta, resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones y empresas imposibles, por esta razón, necesitamos de ciertos lenitivos, como por ejemplo, ciertos narcóticos que nos tornan insensibles a ella, influyendo en nuestros órganos y modificando su quimismo. Los hombres esperan de la vida la felicidad, aún cuando, la dicha no está contemplada en la naturaleza del ser humano, puesto que, las exigencias de la vida van en contra de esa felicidad tan anhelada, por consiguiente, busca satisfacciones sustitutas que le permitan olvidar su desdicha, que le proporcionan placer y sobre todo la ilusión de independencia con relación al mundo exterior, a la cultura en general.

Ravenna (2008), afirma que la independencia absoluta es ilusoria, ya que cuando la persona intenta liberarse de la cultura, pasa a depender de un producto que es la droga. Cuando uno tiene una dependencia con un objeto, como lo prueba el caso de la comida, lo humaniza y lo necesita como si fuera una persona, formándose un vínculo afectivo con la sustancia que, a su vez, fortalece la dependencia.

La Obesidad, plantea Zukerfeld (1979), es una adicción a la comida que implica conductas adictivas, tal es el caso de las conductas impulsivas y compulsivas.

Las conductas impulsivas se caracterizan por el descontrol, comer irrefrenablemente y por la urgencia, irresistibilidad e insaciabilidad.

Las conductas compulsivas, aparecen en una segunda etapa donde el individuo intenta dejar de comer y no puede, dando lugar a defensas como la omnipotencia donde el individuo cree ser más fuerte que la comida pero sin embargo no puede vencerla.

Similarmente, la obesidad según Ravenna (2008), no es un síntoma aislado, obedece a una conducta de base que la sostiene, ligada con el descontrol, con el autoengaño, con la falta de límites y la dependencia, es decir con todos los mecanismos que también subyacen en cualquier otra adicción, asimismo comparte con el resto de las adicciones un punto en común: la fuga de una realidad dolorosa y estresante y, en contrapartida, la búsqueda del placer inmediato, en efecto, si una persona utiliza una sustancia, en este caso la comida, con el fin de cambiar su estado de ánimo es porque su propio humor es intolerable, y es en ese punto, reflexiona Ravenna (2008 op. cit.), cuando podemos decir que está gravitando en dirección a la adicción.

### 3.5.2. El circuito de la Adicción

Según Ravenna (2006), a lo largo de la evolución, la alimentación ha estado íntimamente vinculada con circuitos cerebrales de recompensa y placer. Uno de los mensajeros químicos involucrados en la alimentación es la dopamina, un neurotransmisor asociado con la adicción de todas las drogas de abuso. Asimismo, la serotonina, vinculada con el estado de ánimo, también se la involucra en la alimentación. Algunas comidas, como las grasas y los azúcares, producen efectos en el ánimo (humor, disposición), hacen que la gente se sienta mejor.

Es cierto que una conducta que produce bienestar despierta una fuerte tendencia a repetirse, pero cuando el deseo y la exposición son constantes, estamos frente a conductas adictivas.

Cuando la exposición a la sustancia es permanente, se genera una dependencia tal que sin ella se experimenta un intenso malestar, el síndrome de abstinencia.

Finalmente, la persona dependiente termina por adaptar su estilo de vida al mantenimiento de la conducta.

Según Rovira (2006), debemos considerar al hambre como un hecho instintivo, que nace de lo biológico y que por lo tanto no requiere de un aprendizaje previo, puesto que está regido por una necesidad que nos lleva a comer algo, comer cualquier cosa, en oposición al apetito, que sólo comparte con el hambre nada más que el hecho de estar referidos a la nutrición. El apetito no es una necesidad, es un signo de bienestar y salud que es estimulado y cuidado, no es un impulso destinado a comer cualquier cosa, por el contrario, apunta a dar cabida al deseo, a encontrar placer que la comida elaborada

provee. Cuando la humanidad paso de lo crudo a lo cocido, cuando comenzó a elaborar el nutriente y nació el arte culinario, lo que cambió fue la cuota de placer que se brindaba con esa comida más allá del valor nutritivo que se aportaba. El hambre depende de lo biológico, el apetito de lo cultural, vemos que el aumento de la ingesta se encuentra determinado y conducido por un incremento del apetito, el cual parece independizarse del hambre propiamente dicha, es la búsqueda de placer que guía a la conducta alimentaria.

Como afirma Ravenna (2007), la reacción claramente localizada con los sensores gustativos que se encuentran en nuestra boca es conocida como *palatabilidad*. Esta sensación se trasmite desde la boca, a través de los receptores del placer que allí se encuentran [papilas gustativas, sensación placentera de masticación y de deglución] al centro cerebral del placer.

Siguiendo con las palabras del autor, la palatabilidad es definida como el componente hedónico de la recompensa del alimento y resulta de un proceso integrador que incorpora aspectos tanto del gusto como del estado fisiológico. Por esta causa, aunque muchas veces estemos saciados, seguimos comiendo, nuestro objetivo es sentir determinado gusto en la boca, sin embargo, a partir de ese acto aparentemente inocente, se desencadena un proceso fisiológico complejo que puede llevarnos a la adicción por ciertos alimentos. Por lo tanto podemos decir que la palatabilidad es un importante instigador de la conducta alimentaria, un proceso sensoperceptual que, junto con otros procesos cognitivos o afectivos nos lleva a comer de más. Por esta causa, la palatabilidad es el primer eslabón en un proceso en el cual los componentes fisiológico y hedónico van de la mano.

### 3.5.3. Método R

En rasgos generales, y partiendo de la base que la obesidad es un síntoma de una adicción a la comida, el método R y con el cual lleva a cabo sus objetivos, es el de *corte, medida y distancia*:

- Corte: Con el exceso, con las porciones dobles y con el picoteo, implica una superación del instante en donde nos arrebató el instinto.

- Medida: En las porciones [porciones chicas], ya que no se puede cortar el vínculo con la comida definitivamente, porque si bien en exceso puede perjudicarnos, el alimento es esencial para la vida y debemos seguir ingiriéndolo.

- Distancia: Entre las comidas y con la comida, para alejarnos de las conductas desmedidas. Por lo tanto, la frecuencia de consumo disminuye y el desapego crece.

El método apunta a que los pacientes obesos puedan despegarse del vínculo nocivo con la comida, a mantener una medida segura y a imponer una distancia respecto del objeto adictivo.

A partir de la puesta en práctica del Corte, Medida y Distancia y haciendo referencia específicamente a las conductas problemáticas asociadas a la obesidad, se plantea la posibilidad de que la comida pase a ocupar el lugar que le corresponde para dejar de encubrir desbordes adictivos, vinculares y emocionales .

Sus fundamentos y trípode de apoyo son: las dietas muy bajas en calorías (VLCD o *Very Low Calory Diet*) y las dietas bajas en calorías (LCD o *Low Calory Diet*), la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Actividad Física Adaptada (AFA) .

Las (VLCD) son dietas de muy bajo contenido calórico [entre 400 y 800 calorías diarias] manteniendo la ingesta de todos los nutrientes imprescindibles para un buen funcionamiento de nuestros tejidos y órganos. Las (VLCD) permiten un rápido descenso inicial que conforma, según el autor, el estímulo principal para que los pacientes logren adherencia al método. Estas dietas son las herederas de la dieta líquida de Cambridge, ideada en 1970, son completas desde el punto de vista nutricional, puesto que la atención ha sido puesta en conseguir máximas pérdidas de grasas con una pérdida casi mínima de proteínas y otras sustancias esenciales. La restricción de calorías que propone éste método es la misma que la implementada en la dieta de Cambridge, pero en lugar de polvos para disolver, es una dieta de alimento sólidos compuesta por unidades alimentarias “asteriscos programados” [\*] de 150 calorías cada una (véase anexo A), que se completan bebiendo de dos a tres litros de agua por día, utilizando productos dietéticos de alto valor de saciedad y aporte calórico casi nulo como por ejemplo gelatinas, caldos diet y gaseosas Light, y además tomando diariamente vitaminas, minerales y aminoácidos. Estas unidades alimentarias son combinadas de tal modo que la ingesta diaria oscile entre 600 y 800 calorías, lo que dependerá de la situación biológica de cada paciente.

Un plan de alimentación de bajas calorías es el más indicado para bajar de peso ya que hacen que el cuerpo deba recurrir a las reservas de energía contenidas en la grasa. Cuando se baja la cantidad de calorías de cada comida, se produce un fenómeno de indiferencia química frente a los alimentos y una significativa disminución del hambre. Dicho fenómeno está sostenido por un proceso químico llamado acidosis que se explica de la siguiente manera: cuando ingresan al organismo, por ejemplo 800 calorías y éste necesita 1600, obtiene las 800 calorías faltantes de su reserva energética. La grasa que es el depósito de calorías extra, comienza a funcionar como combustible interno. Cuando se quema, se degrada en ácido acetocético e hidroxibutírico –ácidos grasos-, que circulan por el cuerpo generando un estado de acidosis metabólica que a su vez produce desintoxicación corporal. (p.163)

Una vez que el cuerpo activa los mecanismos fisiológicos que bloquean al apetito y facilita el adelgazamiento, se comienza a trabajar en la modificación de los hábitos de conducta.

Utilizando los conceptos básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual, y articulándolos con las nociones de Corte, Medida y Distancia, que como ya se ha mencionado anteriormente son los pilares conductuales de éste tratamiento, se propone modificar patrones diarios asociados con la comida, incluyendo la cantidad de ingesta durante el día, la duración de las mismas, el estado emocional, la compañía y, sobre todo, la clase y la cantidad de los alimentos consumidos.

Cabe señalar, la importancia otorgada al grupo terapéutico, como alternativa válida para desarticular conductas arraigadas de toda una vida, ya que el acompañamiento de otros que se encuentran en la misma condición es central para el desentrañamiento de conductas negativas y en el trabajo para modificarlas.

La sinergia grupal de muchas voluntades en la misma dirección, es muy estimulante y se autopotencia. La experiencia ha demostrado, que la inserción de una persona con un problema de obesidad en un grupo terapéutico, es crucial para su recuperación, constituye la manera más efectiva, según el autor, de desmitificar creencias instaladas y adquirir conocimientos que enriquezcan el comportamiento y los vínculos, a partir de la modificación de las conductas desbordadas y compulsivas.

El método se orienta en un primer lugar a cortar conductualmente con la sustancia adictiva: la comida, y luego, una vez lograda la desintoxicación, apunta a modificar las conductas desde la evaluación cognitiva.

Por lo expuesto se siguen ciertos criterios de admisión en el armado de los grupos, teniendo en cuenta el momento del tratamiento que atraviesan los pacientes, así existen los Grupos de Inicio, cuya modalidad de tratamiento es conductual. Y por otro lado los Grupos de Mantenimiento cuyo enfoque pone énfasis en lo cognitivo-conductual.

Por otra parte, en el proceso grupal es clave el rol del terapeuta, puesto que gracias al uso de estrategias dialécticas, humor, confrontación, solidaridad e intercambio, los grupos se posicionan dentro del abordaje terapéutico como instancias importantísimas de reflexión para el cambio.

Por último, si bien los resultados que se obtienen al aplicar una (VLCD) son realmente alentadores, hay que tener en cuenta que una vez que se dejan de realizar, se puede ir recuperando el peso perdido hasta llegar a la situación inicial al cabo de dos a tres años. Por lo antedicho es muy importante potenciar a la vez el ejercicio físico y la modificación de la conducta para mantener estos resultados.

El cuerpo es el gran olvidado en el marco del sedentarismo y la obesidad, está tan olvidado que casi ni se lo siente, hasta que irrumpe alguna presión social: “Estás gordo” o una presión clínica: “Me duele las rodillas, me agito mucho”.

Se propone, la (AFA), y no simplemente actividad física, porque a una persona con exceso de peso y sedentaria hay que brindarle una actividad acorde a su estado. El objetivo es que el paciente deje de ser sedentario para pasar a ser activo, lo que conduce a mantener un peso saludable y equilibrio emocional.

Las actividades que propone la (AFA) son caminatas al aire libre, clase de gimnasia aeróbica sin dolor y de bajo impacto, actividades dentro del agua y bicicleta, todas actividades que priorizan la calidad por sobre la cantidad.

Para finalizar y como conclusión, la (AFA) en la etapa de adelgazamiento es importante para mantener la pérdida de peso.

## **4. MÉTODO**

### **4.1. Tipo de Estudio**

El trabajo será Descriptivo.

### **4.2. Muestra**

La muestra está conformada por dos Grupos: uno de Inicio, compuesto por 170 personas, y otro de Mantenimiento, compuesto por 95 personas. Ambos tipos de Grupo están compuestos por adultos de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, con un mayor predominio de mujeres. El nivel socioeconómico y cultural de cada tipo de Grupo es medio-alto.

Se trata de Grupos abiertos, puesto que la incorporación de los pacientes es continua. Asimismo, cada Grupo se encuentra dirigido por tres terapeutas.

El Grupo de Inicio se reúne todos los días y el Grupo de Mantenimiento una vez por semana. El tiempo de duración de los mismos es de dos horas cada uno.

### **4.3. Instrumentos**

El Instrumento fundamental fue la Observación no participante y el Registro escrito de lo observado en cada encuentro.

Además se realizaron tres entrevistas semidirigidas, una a la Psicóloga de Admisión para obtener información sobre los criterios que se manejan en la conformación del Grupo de Inicio y de Mantenimiento y dos a la Psicóloga que coordina ambos tipos de grupo con el fin de profundizar sobre la modalidad del tratamiento, las intervenciones y el funcionamiento de los grupos observados.

### **4.4. Procedimiento**

Los datos para la realización del TFI se obtuvieron de las entrevistas realizadas al Psicólogo de Admisión y al Psicólogo Coordinador de cada Grupo, así como también de la observación y registro por escrito de la modalidad de trabajo observada en ambos tipos de Grupo Terapéuticos, de Inicio y Mantenimiento.

## **5. DESARROLLO**

### **5.1. Modelo Cognitivo-Conductal en los Grupos de Inicio y Mantenimiento**

#### **5.1.1. Criterios de Admisión**

El método que indicamos en el Tratamiento de la Obesidad, debe realizarse en forma completa e integral, esto significa que si se descuida o se evita cualquier indicación concreta, se estaría haciendo algo bien diferente al método que se propone, por lo expuesto existen determinados criterios de admisión que deben cumplirse en el armado de los Grupos de Inicio y de Mantenimiento.

Los pacientes para formar parte del los Grupos de Inicio y con el objeto de conocer su peso actual y predecir su peso ideal o saludable, deben acceder a una primera consulta médica donde se le lleva a cabo el Índice de Masa Corporal (IMC) que indica la acumulación de grasa corporal, el Índice de Altura-Cintura (IAC) que indica la correlación del perímetro de cintura con la altura, el Perímetro Cintura (PM) que indica la adiposidad intra-abdominal, deben realizarse además, una evaluación antropométrica que indica la grasa corporal total y la masa del organismo libre de grasa (véase anexo B), a la vez que deben cumplir con una serie de análisis clínicos.

A los siete días de la primera consulta médica y previa evaluación por parte del médico de los estudios realizados, deben dirigirse a una consulta nutricional en la cual se lleva a cabo una anamnesis alimentaria (véase anexo C), a partir de ese momento deben comenzar con un plan alimentario representado por los asteriscos programados [\*] (véase anexo A), distribuidos en cuatro comidas diarias, cada comida corresponde a un asterisco programado que equivale a 150 calorías.

Finalmente, tienen la consulta con la Psicóloga de admisión, dicha entrevista es en líneas generales de orientación y seguimiento (véase anexo D y E), asimismo en dicha consulta se les advierte de la importancia de incorporar paulatinamente la Actividad Física Adaptada.

Una vez alcanzado el peso ideal o saludable y con el objeto de cumplimentar con los criterios de admisión para el conformado del Grupo de Mantenimiento, los pacientes deben incrementar la frecuencia de la Actividad Física Adaptada, y con el fin de conocer su metabolismo basal, el cual indica el gasto mínimo de energía necesario para mantener las funciones vitales en estado de reposo sin contemplar el gasto por actividad física, deben someterse a otra antropometría. A partir de ese momento se realiza una nueva programación alimentaria acorde al metabolismo basal actual de cada paciente con el fin de mantener el peso alcanzado.

El paso de la dieta de 600 calorías o asteriscos programados (\*) que se lleva a cabo en los Grupos de Inicio, a la dieta que se lleva a cabo en los Grupos de Mantenimiento, se debe realizar de manera gradual dividiéndose en cuatro etapas: a) primera etapa: el

desayuno y merienda se mantienen igual y el almuerzo y cena serán un plato plato de verduras (menos papas), más dos asteriscos programados (\*), b) segunda etapa: se comienza con una alimentación más variada y de aproximadamente 1300 calorías, c) tercera etapa: básicamente es igual a la anterior, más algunas recomendaciones generales, como por ejemplo, con respecto a qué comer en un restaurante, d) cuarta etapa: es la etapa de conciencia personal en la que se pone en práctica todo lo aprendido a lo largo del tratamiento (véase anexo F). Asimismo, todas las etapas son sumamente controladas por médico, nutricionista y psicólogo.

En síntesis, el (IMC) se utiliza, en el caso del Grupo de Inicio, como indicador del valor actual de acumulación de grasa corporal del paciente y como indicador, en el caso del Grupo de Mantenimiento, del valor que el paciente deberá mantener una vez alcanzado el peso ideal.

El (IAC), se utiliza, en el caso del Grupo de Inicio, como indicador de la correlación actual que existe entre el perímetro de cintura y la altura del paciente y como indicador, en el caso del Grupo de Mantenimiento, de la correlación que el paciente deberá mantener de acuerdo al peso ideal alcanzado.

El (PM), se utiliza, en el caso del Grupo de Inicio, como indicador del valor actual de la adiposidad intra-abdominal del paciente y como indicador, en el caso del Grupo de Mantenimiento, del valor que el paciente deberá mantener de acuerdo al peso ideal.

Por último, la Antropometría, en el caso del Grupo de Inicio, indica la grasa corporal total y la masa del organismo libre de grasa actual del paciente ( al inicio del tratamiento) y además, indica la grasa corporal total y la masa del organismo libre de grasa que el paciente deberá alcanzar, en cambio, éste mismo estudio es útil para indicar, en el caso del Grupo de Mantenimiento, la grasa corporal total y la masa del organismo libre de grasa que el paciente deberá mantener para conservar el peso ideal alcanzado.

La dieta, en el Grupo de Inicio, debe ser los asteriscos programados (un asterisco por comida), cuyo impacto provoca en el organismo el proceso químico “acidosis”, en cambio en el Grupo de Mantenimiento, la dieta debe constar de cuatro etapas en las cuales paulatinamente se van aumentando la cantidad de calorías (dos asteriscos programados) respetando el metabolismo basal de cada paciente, quedando suspendida de ésta manera la acidosis química.

La Actividad Física Adaptada debe ser llevada a cabo tanto en los Grupos de Inicio como de Mantenimiento, aunque en éste último se aumenta la frecuencia de la misma.

Finalmente, cabe señalar, que mientras que en los Grupos de Inicio el objetivo final debe ser llegar al peso ideal o saludable indicado a cada paciente según su historial clínico, en los Grupos de Mantenimiento, debe mantenerse dicho peso permitiéndose sólo oscilar entre 1 a 2 Kg., por lo cual los pacientes deben pesarse todos los días.

### 5.1.2. Modalidad del tratamiento

En los Grupos de Inicio se trabaja en el vínculo que los pacientes tienen con la comida dentro de un marco de modalidad *conductual*, en el cual se considera a la obesidad como expresión de un mecanismo adictivo subyacente.

Se observa en los pacientes que comienzan el tratamiento, la tendencia a un exceso conductual, y un deficitario control estimular: comen demasiado, muy seguido y en condiciones o tiempos inadecuados.

Los pacientes niegan o ignoran sus conductas adictivas debido a que, cuando llegan al tratamiento, tienen la mente obnubilada por la presencia de la sustancia adictiva (exceso de comida) por lo que al terapeuta se le hace imposible indagar en su psiquis (véase anexo G).

Por lo expuesto el primer paso es desarticular el mecanismo químico adictivo, controlando la conducta de ingesta, llevando a cabo cambios sistemáticos en el ambiente, que consecuentemente provocaran una modificación química (acidosis) en los pacientes y por añadidura un significativo descenso del peso, estímulo principal que permite adherencia al tratamiento y permite entrenar la tolerancia.

En los Grupos de Inicio, se apunta sobre todo al control de los *estímulos externos*, tal es el caso del consumo de alimentos como a la situación misma de la ingesta.

Asimismo, se trabaja con la *medida* (asteriscos programados), por otra parte, si bien la implementación de la medida asegura un control, es decir cuánto deben comer, también es fundamental que los pacientes aprendan cuándo hacerlo, con respecto a esto último se trabaja la *distancia*, ésta última es con la comida y entre las comidas (cuatro comidas en el día de 150 calorías cada una).

Además se trabaja, de manera gradual y con el fin de que puedan hacerse cargo de lo que les sucede, en la distorsión de la imagen corporal del “tipo perceptual” que presentan de sí mismos, no se ven tan “gordos”, situación que se refleja en un discurso que se contradice con su cuerpo real.

Una vez alcanzado el peso ideal o saludable, los pacientes pasan a formar parte del Grupo de Mantenimiento, cabe destacar que los pacientes que llegan a esta instancia han incorporado el corte, la medida y la distancia con respecto a la comida y a las conductas, pero sobre la base de un modelo externo, en el marco de una modalidad conductual.

Contrariamente, en los Grupos de Mantenimiento el proceso que se sigue es el inverso, puesto que se trabaja desde la evaluación cognitiva y las emociones, en el vínculo que la persona tiene consigo misma, es decir, desde los *estímulos internos*, con el objeto de mantener la nueva conducta de ingesta y por ende el peso alcanzado.

Dentro de un marco de modalidad *cognitiva* se trabaja en aquellas distorsiones “cognitivo emocionales” de la imagen corporal, es decir con aquellos pensamientos negativos y emociones displacenteras asociados a la conducta de ingesta. La percepción errada de lo que les sucede principalmente en lo que se refiere al registro de interioridad corporal, se traduce en no poder distinguir hambre de saciedad, o hambre de emoción y es lo que los lleva actuar de manera impulsiva.

En los Grupos de Mantenimiento se trabaja en pos de la atención constante y la reflexión que permiten abandonar los mecanismos impulsivos y automáticos.

Además se trabaja en la distorsión de la imagen corporal del “tipo social”, es decir en deshacer los mitos, creencias construidas alrededor del estado de delgadez, que presentan algunos pacientes en el que “delgada”, puede ser parte de un encadenamiento semántico tipo “delgado-bello-erótico-exitoso” o “delgado-puro-perfecto-esquelético-inmortal”.

Dentro de un marco de tratamiento de modalidad cognitiva, los pacientes del Grupo de Mantenimiento aprenden a distinguir entre la realidad y la percepción que ellos tienen de esa misma realidad. Asimismo, se observa que esa percepción que ellos tienen de la realidad está sujeta a diversos procesos de aprendizaje que son producto del error. Por consiguiente, durante el transcurso del tratamiento, los pacientes aprenden a considerar a sus creencias como hipótesis, las cuales están sujetas a verificación, negación y modificación.

Por último se trabaja en la falta de percepción de una imagen delgada, especialmente de aquellos pacientes que son obesos desde niños.

En síntesis, el objetivo del tratamiento en los Grupos de Inicio es la eliminación del síntoma visible: “gordura” en el contexto de una modalidad conductual en donde se apunta a modificar la conducta de ingesta mediante la modificación de estímulos externos como los “ambientales”, en cambio el objetivo de los Grupos de

Mantenimiento es mantener el cuerpo “delgado” en el contexto de una modalidad de tratamiento cognitivo en donde se apunta a mantener la nueva conducta de ingesta a través de la modificación de estímulos internos como son los pensamientos y las emociones.

Si bien, ambos grupos tienen como objetivo la modificación de los hábitos alimentarios, en los Grupos de Inicio se trabaja desde la conducta y en el vínculo que el paciente tiene con la comida (modificando estímulos externos, como por ejemplo, la cantidad y calidad de comida y la situación misma de ingesta), por el contrario en los Grupos de Mantenimiento se trabaja desde las cogniciones y en el vínculo que el paciente tiene consigo mismo (modificando estímulos internos, como por ejemplo, pensamientos negativos y emociones displacenteras), puesto que es en esta instancia donde aflora la persona y tiene que enfrentarse con la angustia, la depresión y la ansiedad que estaban por debajo de los kilos de más y que son el disparador, en el mayor de los casos, de una conducta de ingesta excesiva (véase anexo H).

### 5.1.3. Intervenciones del Terapeuta

En el Grupo de Inicio se interviene conductualmente, el primer paso es desarticular el mecanismo químico adictivo que se logra con la implementación de la (VLCD) o asteriscos programados dando lugar, de esta manera, al proceso de acidosis química, a fin de desintoxicar el organismo, es el *corte* con el exceso de comida que posibilita el aumento de atención (véase el anexo G).

Los pacientes, en los Grupos de Inicio, deben seguir un orden que les permita desapegarse del vínculo que poseen con la comida, y esto se logra con el acatamiento de indicaciones claras y simples, aquí no se discute ni se reflexiona.

Los terapeutas alientan a los pacientes a incorporar la costumbre de registrar el consumo de alimentos y las situaciones en que se consumen, con el objetivo de tomar conciencia de lo que comen.

Les indican llevar a cabo cuatro comidas: desayuno, almuerzo, merienda y cena (asteriscos programados), evitando de esta manera un continuo contacto con los alimentos, hecho que sucede cuando se accede a éstos a media mañana o media tarde.

En cuanto a la situación misma de la ingesta, también es controlada, los terapeutas indican a los pacientes que si los platos son grandes la comida debe ocupar el centro del mismo, comer despacio, en bocados pequeños, llevar a la mesa el plato ya servido,

comer siempre sentados, levantarse de la mesa al terminar, no mirar televisión mientras comen, evitar de disponer de alimentos “peligrosos”, no “picotear” entre comidas etc.

Las intervenciones en esta instancia son de contención, de sostén e instruyen a los pacientes a ser tolerantes ante la frustración que éstos experimentan al sentirse despojados de su objeto adictivo calmante: el “exceso de comida” y a esperar los 5 o 10 minutos necesarios para que desaparezca la necesidad de comer de más.

La mayoría de los pacientes que integran los Grupos de Inicio se muestra intolerantes ante la frustración, se les hace muy difícil soportar el malestar que les produce la falta “el exceso” de comida, quieren todo “ya”, “ahora” y no ven las consecuencias a largo plazo.

Se les explica la importancia de sostener el proyecto en el tiempo, se los invita a marcar submetas u objetivos parciales para mantener la motivación, es común que entre 2 o 3 miembros del grupo lleven a cabo compromisos que renuevan todos los días hasta llegar al objetivo final: obtención del peso ideal o saludable.

Los pacientes, gracias al impacto de las dietas de muy bajas calorías, experimentan una reducción considerable y significativa del peso, el adelgazar, el verse bien, el poder usar otros talles de ropa, se convierte en el refuerzo positivo de las nuevas conductas de ingesta.

Paralelamente, en los Grupos de Inicio se trabaja con la modificación de la imagen corporal que los pacientes obesos presentan, la valoración y apreciación íntima que los pacientes realizan de sí mismos no coincide con su cuerpo visible, esto último se observa en las actitudes que estos manifiestan, por ejemplo con frecuencia no advierten su propia imagen corporal, se presentan distraídos, desatentos a sus cambios corporales y subestiman su peso.

Los pacientes relatan que no usan espejos, y si los usan, es solo para ver su rostro, tampoco se pesan ni se quieren ver en fotos, además se compran ropa más grande.

En estos casos, se los guía a confrontarse con un número en la balanza, deben pesarse todos los días, enfrentarse al espejo, verse en fotos o compararse con algún miembro del grupo que haya llegado al peso que ellos deberán alcanzar, comprarse ropas que le queden ajustadas etc. Con el objeto de hacerse cargo de su cuerpo para trabajar en pos de un cambio, pues es evidente que las distorsiones en este caso del “tipo perceptual” son previas al aumento de peso pudiendo permanecer ahí, lo cual es una de las principales razones para volver a engordar.

En los Grupos de Mantenimiento se trabaja con los pensamientos negativos, irracionales y/o deformados que tienen los pacientes asociados a la conducta de ingesta.

*La técnica de reestructuración cognitiva* es utilizada por los terapeutas de dichos grupos, con el objetivo de que los pacientes aprendan a detectar, analizar y cambiar dichos pensamientos con el fin de mantener a largo plazo los nuevos hábitos alimenticios adquiridos en los Grupos de Inicio y modificar las distintas variables psicológicas que puedan desencadenar una conducta de ingesta impulsiva.

Durante el transcurso del tratamiento, los pacientes aprenden, en los Grupos de Mantenimiento, a detectar sus propios pensamientos negativos para trabajar con ellos en grupo.

Tal es el caso, de algunos pacientes que suelen expresar los siguientes pensamientos negativos:

Paciente: - “Si no como me muero”

Terapeuta: - “No, si no como voy a vivir más y mejor”, y continua: “Uno tiende a algo porque cree que es bueno, y luego queda en eso porque se vuelve necesario”.

Del mismo modo:

Paciente: - “El chocolate me da energía”

Terapeuta: - “No, la energía no te la da el chocolate u otra comida”, “La energía no está en un objeto externo, sí dentro de la persona”.

De la misma manera:

Paciente: - “Por fin llegué al peso que el médico me dijo, ahora puedo empezar a comer de todo”.

Terapeuta: - “No”, si ya estas pensando en cuándo vas a poder comer de todo, tu problema parte de que todavía no te distes cuenta de todo lo que perdiste y por eso piensas en todo lo que te sacamos y no en todo lo que te damos. Entonces quieres recuperar la comida que te arrancamos, sin embargo, lo que nosotros te proponemos es que recuperes la vida que perdiste al tener tantos kilos encima. Cuando entiendas eso, no vas a pensar más en comer de todo.

Los terapeutas entrenan a los pacientes para estar atentos y detectar éstos pensamientos negativos que llevan muchas veces a comer con voracidad, pues siempre antes de un atracón hay una preparación mental previa.

En los Grupos de Mantenimiento se trabaja en el vínculo que la persona tiene consigo misma, recordando que el comer en exceso los priva de ese “encuentro tan temido y fantástico”.

Terapeuta: - “El vínculo es conmigo mismo, no con la comida” ¿Cuál es el vínculo conmigo mismo que necesita algo que lo mediatice? ¿Quién soy yo cuando la comida no está? ¿Ante que situación uno se hace la trampa?, generalmente los pacientes atribuyen el comer en exceso y de manera automática a un sentimiento de “vacío”, que logran llenar con la comida. Ellos afirman que la comida por sí misma en esos momentos no les interesa, sin embargo llena ese “hueco” que les provoca sensaciones displacenteras. Es en esos momentos donde sin darse cuenta toman una galletita y se la llevan a la boca repitiendo esta acción una y otra vez.

Los profesionales, suelen preguntarles en esas situaciones: ¿Qué les pasa si no comen de más?, la mayoría de los pacientes suelen responder que cualquier cosa que les pasa es “hambre”.

Los terapeutas ayudan a los pacientes a diferenciar la sensación de hambre de otro tipo de emociones, les orientan a conectarse con sus emociones, a identificarlas y a trabajar con ellas. Les entrenan a reconocer un sentimiento mientras ocurre, vinculando sus reacciones emocionales con situaciones específicas y con los nombres correspondientes, para evitar que cualquier incremento emocional tenga como respuesta un aumento de la ingesta.

Por lo expuesto, los terapeutas insisten en saber detectar las sensaciones y agregan: si es soledad: busco compañía, si es tristeza: lloro, no hay que escaparse del dolor, hay que transitarlo y suelen preguntar: ¿Qué función cumple la comida ante la adversidad?, no se puede negar, que la comida en estas situaciones es utilizada como recurso, no como comida y es ahí donde esta se mete, afirman los terapeutas.

La tolerancia a la frustración es una de las cosas que los terapeutas trabajan con los pacientes en el Grupo de Mantenimiento, es común que los pacientes cuando las cosas no le salen como quieren: coman, suelen tener creencias disfuncionales respecto de sus emociones, tal es el caso, de aquellas que creen que, si experimentan un leve grado de distrés, ese sentimiento aumentará hasta volverse intolerable.

Asimismo, ante ciertas recaídas, los profesionales orientan a los pacientes hacia los logros con el fin de recuperar la motivación.

Los terapeutas en los Grupos de Mantenimiento se enfrentan al problema de la falta de referencia de imagen delgada que sustente la nueva identidad de algunos pacientes. El trabajo de reparación, en los pacientes que han recuperado el peso adecuado cuando alguna vez lo tuvieron, se haya facilitado por el recuerdo de “quien eran” antes de engordar. El tener recuerdos de sensaciones, gustos y preferencias y a veces, ropa

guardada, facilita el trabajo de los profesionales, sin embargo, el trabajo de reparación en los pacientes que están delgados por primera vez es diferente. El paciente delgado por primera vez en su vida a menudo tiene expectativas irreales con respecto a lo que va a vivir. Parte del trabajo en los Grupos de Mantenimiento, consiste en deshacer los mitos tejidos que estos pacientes tienen acerca del estado de delgadez, ya que muchas veces, las expectativas de adelgazamiento son irreales cualitativa y cuantitativamente. Esto se ve facilitado por la mezcla de perfiles y de experiencias que se comparten en estos grupos. Los terapeutas aconsejan ver fotos, hacer educación física, mantener el talle, compartir anécdotas etc.

Por lo expuesto, las intervenciones de los terapeutas en los Grupos de Mantenimiento, apuntan a mantener los hábitos alimenticios aprendidos en los Grupos de Inicio, al descubrimiento o reencuentro con el cuerpo delgado, en la reparación de patologías psicológicas de base compensadas a partir de la adicción y en la obtención de preconceptos realistas con respecto al “ser delgado”.

En resumen, en los Grupos de Inicio los profesionales apuntan a la modificación de la conducta de ingesta interviniendo sobre los estímulos externos o medioambientales (calidad y cantidad de alimentos, situación misma de ingesta etc.), contrariamente, en los Grupos de Mantenimiento se apunta a mantener las nuevas conductas de ingesta adquiridas interviniendo sobre los estímulos internos o cognitivos y emocionales (pensamientos negativos, emociones displacenteras etc.).

#### 5.1.4. Importancia del Grupo terapéutico

El grupo terapéutico en el tratamiento de la obesidad adquiere una importancia fundamental, puesto que se transforma en un ambiente imitador, limitador y depositario de ansiedades.

Es común observar en los Grupos de Inicio como las palabras de aliento de pacientes que ya están más avanzados en el tratamiento, motivan a los pacientes que recién comienzan, a continuar con el mismo.

En los Grupos de Inicio la contención entre sus miembros es fundamental, principalmente en los primeros días del tratamiento, instancia en la que se incorpora la dieta de muy bajas calorías (los asteriscos programados o viandas) y en que la acidosis química, la cual otorga saciedad y tranquilidad, aún no se ha producido, fenómeno que

se produce aproximadamente a los tres días de iniciada la dieta. Es en esos momentos donde en los Grupos de Inicio se escucha y se muestra las dificultades y los tropiezos de los pacientes que recién comienzan el tratamiento, así como también, la alegría y el sostenimiento de los logros de aquellos que ya están más avanzados en el mismo, motivando, éstos últimos, a los primeros.

En los Grupos de Inicio, el observarse entre sí, y tomar como modelo a compañeros que están logrando adelgazar, los corre del lugar de “gordos para siempre” y ya dejan de considerarse diferente a los demás: “Si él pudo, yo también”, el grupo tiene como rasgo distintivo que las personas encuentran espejos en el otro (véase anexo G).

Pacientes que en algún momento tomaron como modelo a un compañero del grupo para motivarse, se transforman con el tiempo en modelos de otros que recién comienzan.

No se puede negar, que el impacto que causa en los pacientes “ver” un compañero que pudo y puede bajar de peso sin hambre y tranquilo (producto de la acidosis), es mucho mayor que el que causa cuando se “cuenta” que se puede bajar de peso bajo esas mismas condiciones.

Los pacientes cuando llegan a los Grupos de Inicio, se los observa abandonados, con una autoestima muy baja, sin nada de confianza y convencidos de que la vida es así, pero cuando se les muestra con ejemplos “vivos” la posibilidad de bajar de peso comienzan a creer en la posibilidad de cambio.

El grupo permite confrontar discursos dramáticos o victimistas y empuja hacia un discurso positivo y vitalista. El intercambio grupal sirve para entrenarse en la tolerancia, los que están adelgazando sin hambre, con esperanzas y proyectos, logran un estado de delgadez virtual y adelantada. Es el gran efecto grupo.

Se escucha destacar en quienes están adelgazando, la importancia de sus compañeros de grupo, ya que ellos fueron quienes le brindaron contención ante las caídas y empuje para seguir, sin embargo, el grupo así como da exige un compromiso. La compañía hace recordar el compromiso, recordando en todo momento que el anonimato favorece la adicción.

Los pacientes en el Grupo de mantenimiento han adquirido, en el mejor de los casos, luego de un largo entrenamiento una actitud de atención y conciencia, sin embargo, se observa en algunos mucho temor a volver a engordar, otros por el contrario les gana la omnipotencia. Es en éstos casos donde nuevamente aparece el grupo como escenario de intercambio de experiencias personales, ya que los pacientes a quienes les ha ganado la omnipotencia, enseñan a aquellos que tienen miedo a engordar, a “disfrutar” y éstos

últimos enseñan a los primeros, acerca del “control”, en el intercambio se da el equilibrio.

Cabe señalar que en los Grupos de Mantenimiento sus miembros se encuentran en una instancia de “conciencia personal” en cuanto a la cantidad y calidad de comida a ingerir, el concepto concreto de asterisco programado o vianda en la que era para todos igual, se vuelve un concepto abstracto (cuarta etapa del mantenimiento), personal para cada paciente, es en ese momento donde la importancia del grupo radica en que todos sus miembros de una manera creativa, buscan y comparten alternativas con el fin de hallar mayor cantidad de soluciones frente a los problemas que se presentan al incorporar nuevos alimentos y cuya cantidad ya no se encuentra limitada por los asteriscos programados o viandas. La toma de decisiones es realizar un análisis de costo-beneficio para cualquiera de las soluciones propuestas para identificar la más efectiva para ponerla en acción. La ejecución y verificación de soluciones implica poner a prueba la solución elegida, observar sus consecuencias y evaluar su efectividad entre todos los integrantes del grupo.

En los Grupos de Mantenimiento se trabaja también, los desvíos o posibles atracones, los pacientes se comprometen entre sí y con el terapeuta a oscilar sólo en dos Kg., su alarma es la balanza, puesto que deben pesarse todos los días, y el grupo sirve de límite.

En los Grupos de Mantenimiento los pacientes comparten entre sí, y en paralelo, un pasado de “exceso” y un presente de “medida”.

Se observa como las historias de los pacientes no difieren demasiado unas de otras, hay muchas cosas en común entre ellos. El amor, los miedos, la familia y el trabajo adquieren otro significado a partir de los cambios personales. Resurge “la persona” y esto trae aparejado inquietudes como alegrías, tristezas, enojos que antes eran mitigados con comida, ahora estas emociones se comparten en el grupo, y es a partir de ese “compartir” y no de “calmar” con comida, que se observa como todos tienen algo que enseñar y algo que aprender, es el vínculo que la persona tiene consigo misma lo que en ésta instancia se trabaja.

En síntesis, la importancia del grupo en los Grupos de Inicio, radica en la contención entre sus miembros principalmente en aquellos días previos a la acidosis química, primeros días de abstinencia a ciertos alimentos y cantidad de los mismos (asteriscos programados o viandas), por el contrario, en los Grupos de Mantenimiento la importancia radica, con respecto a éste punto, en compartir la creatividad y diferentes

alternativas de cada uno de sus integrantes puesto que llegado a este punto, se trata de una etapa de conciencia personal (cuarta etapa del mantenimiento).

Asimismo, en los Grupos de Inicio, los que recién comienzan toman como modelo a aquellos compañeros que están logrando adelgazar, estos últimos les brindan contención ante las caídas y empuje para seguir, por otra parte, en los Grupos de Mantenimiento, los pacientes que les cuesta mantenerse en el peso alcanzado toman como modelo a aquellos que si lo están logrando, a la vez que se comprometen en oscilar sólo entre 1 o 2 Kg.

Mientras que el grupo, en los Grupos de Inicio, sirve como modelo y contención con respecto a qué, cómo, cuánto o dónde comer, en los Grupos de Mantenimiento, el grupo sirve como modelo y contención de aquellos pensamientos negativos y emociones displacenteras asociadas a la conducta de ingesta que pueden desencadenar cadenas conductuales que conllevan, a corto plazo, a la recuperación de los kilos perdidos, puesto que es fundamental tener en cuenta que en esta instancia aflora la persona y que el mecanismo adictivo subyacente sigue latente en su manifestación.

Para concluir, la asistencia tanto a los Grupos de Inicio como de Mantenimiento, es muy importante, puesto que, implica continuidad, la oportunidad de rescatar modelos, ejemplos y pautas de conducta y, a la vez, estar más tiempo ocupados, lejos del ocio.

## **6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

No se puede negar, que la obesidad se presenta como un fenómeno complejo, como síntoma no solo de factores biológicos y psicológicos que se combinan de manera particular en cada sujeto, sino además como síntoma de una sociedad indiferente, que hace culto de la “delgadez”, pero que sin embargo ofrece un entorno tóxico, pregona la inmediatez, el tener más y ahora, por sobre el bienestar de sus integrantes.

Una sociedad obeso fóbica que margina, que prejuzga, que cierra los ojos a lo que no encaja dentro de lo que considera “bello y exitoso”.

En efecto, como se explica que en la actualidad, un grupo de personas que padecen de obesidad tengan que dirigirse “a manera de protesta” hacia el congreso para ser considerados como portadores de una “enfermedad” para poder ser aceptados en los diversos sistemas de salud.

La obesidad se presenta como consecuencia del sedentarismo, la herencia genética, disfunciones metabólicas y aspectos psicológicos del individuo, es además en contextos sociales donde el ideal es la delgadez según Zukerfeld (2005), objeto de rechazo social y marginación.

Durante años y hasta hoy, las personas obesas o con sobrepeso han tenido que deambular por diversos consultorios médicos particulares los cuales solucionaban lo superficial “el síntoma” y de manera transitoria, con recetas magistrales causando muchas veces graves complicaciones en la salud y muchas veces hasta la muerte.

El exceso de grasa se nos presenta como síntoma, pero ¿Qué malestar se oculta por debajo? ¿Qué puede llevar a una persona a semejante abandono?, muchos responderán: “el comer demasiado”, seguramente, pero la comida no entra sola, la persona tiende la mano y se la lleva a la boca, y en ese tender la mano, ¿Por qué no puede parar? ¿Qué siente en ese momento? ¿Qué la lleva a repetir dicha conducta una y otra vez? ¿Qué oculta detrás de esa voracidad?, nuevamente nos encontramos ante otro descuido: los aspectos psicológicos.

Este descuido se ve ejemplificado en el (DSM IV), en el que la obesidad no se la considera como un trastorno alimentario como por ejemplo la Bulimia y la Anorexia Nerviosa, sin embargo, estos trastornos comparten con la obesidad muchos aspectos como son: la distorsión de la imagen corporal, atracones, baja autoestima, entre otros.

Es cierto que, en contextos sociales donde el ideal es la delgadez, afirma Zukerfeld (2005), la obesidad es objeto de rechazo social y marginación.

Existe, según el autor, marginación y automarginación, hecho que la sociedad justifica, puesto que, la actitud promedio que se tiene frente a la obesidad se devela en el fondo como “moralista”.

Por lo antedicho, sería oportuno que la sociedad y los organismos de salud contemplen esta problemática, y más aún trabajen en la prevención de la misma.

En la institución elegida, se lleva a cabo un abordaje interdisciplinario de la obesidad, sobre la base de considerar a esta, como una consecuencia de la adicción a la comida,

aquí se enfatiza el vínculo que la persona obesa tiene con la comida, y se lo asemeja con el que el drogadicto tiene con la droga. El mensaje es bien claro, cortar con el objeto adictivo, que en este caso es el exceso de comida.

De acuerdo a los objetivos planteados para este estudio, se ha observado el trabajo terapéutico de dos tipos de Grupos, Inicio y Mantenimiento, según el Modelo Cognitivo-Conductual, arribando a las siguientes conclusiones: con respecto a los *criterios de admisión* que se tienen en cuenta en el armado tanto de los Grupos de Inicio como de Mantenimiento, se ha observado que aquellos que se refieren a los aspectos clínicos, nutricionales, así como también a la actividad física, son útiles a la hora de llevar a cabo el método de corte, medida y distancia propuesto por ésta Institución, para el tratamiento de la obesidad. No obstante, es importante mencionar un aspecto que no se tiene en cuenta en el armado de los Grupos de Inicio y que podría pensarse que obstaculiza la efectividad del resto del tratamiento, tal es el caso, de un programa de trabajo que contemple en qué momento de la enfermedad se encuentra el paciente. Gil (2008) enfatiza en la importancia de conocer por parte del profesional, en qué momento de su relación con la enfermedad está el paciente. Con tal objeto, Gil propone recurrir a un modelo de etapas de cambio para las enfermedades crónicas propuesto por Prochaska y colaboradores tal como figura en el marco teórico de este trabajo.

Los pacientes cuando comienzan el tratamiento, forman parte de un único Grupo de Inicio, por lo tanto todos reciben el mismo mensaje, las mismas intervenciones, aquí no se tiene en cuenta en qué momento de su relación con la enfermedad se encuentra el paciente. Para ello, sería conveniente, detectar en que momento de su relación con la enfermedad se encuentra cada paciente al inicio del tratamiento. Durante la admisión, la psicóloga podría indagar en qué etapa se encuentra el paciente, evaluar la realidad en la que el paciente está inmerso, y desde esta evaluación plantear los objetivos terapéuticos que serán diferentes según el caso. A partir de allí, derivar a cada paciente a grupos intermedios dentro de los Grupos de Inicio, que podrían responder a cada una de las etapas propuestas por Prochaska, en los que se propongan estrategias acordes a los objetivos terapéuticos pautados en la entrevista de admisión.

Con respecto a la *modalidad conductual* del tratamiento en los Grupos de Inicio, que se lleva a cabo mediante cambios sistemáticos en el ambiente y que consecuentemente provocan una modificación química (acidosis) en los pacientes, se observa que efectivamente esta modalidad desarticula el mecanismo químico adictivo y controla la

conducta de ingesta lográndose un significativo descenso del peso, estímulo principal que permite adherencia al tratamiento.

El proceso químico “acidosis”, es el gran aliado en los Grupos de Inicio, mediante este proceso los pacientes logran desintoxicarse y por sobre todo, “no tienen hambre”, por ende el adelgazamiento, en el mayor de los casos, no se vuelve tedioso ni sacrificado puesto que adelgazan “rápido” y sin “sufrimiento”.

Cuando los pacientes llegan al peso ideal, y pasan a formar parte del Grupo de Mantenimiento, empiezan a incorporar nuevos alimentos, por lo que dicho proceso químico se suspende. En los Grupos de Mantenimiento el tratamiento que se lleva a cabo adquiere una *modalidad cognitiva*, puesto que se trabaja desde la evaluación cognitiva, es decir, con aquellos pensamientos negativos y emociones displacenteras de los pacientes asociados a la conducta de ingesta. Ahora bien, se puede observar como los pacientes se vuelven dependientes de la “acidosis”, puesto que, éste proceso les otorga tranquilidad, y evita el “sufrimiento” que experimentan cuando se los despoja de la comida de más. En consecuencia, podría pensarse, que se vuelven adictos a éste proceso químico ¿Por qué? porque se vuelve su cable a tierra, los aleja del sufrimiento, entonces, ¿Es verdad que los pacientes aprenden a ser tolerantes? o ¿Son tolerantes gracias a la acidosis que les saca el hambre y por ende evita que sufran?, esto se ve reflejado cuando ante el primer desvío o atracón, los pacientes desean provocar en su organismo este proceso nuevamente, en vez de soportar y trabajar el malestar que les provoca el no comer de más. Se los escucha aclamar: “amo a la acidosis”, “la acidosis cambio mi vida” personifican a este proceso químico, se vuelven dependientes de este de la misma manera que un drogadicto personifica y depende de la droga o un fumador personifica y depende del cigarrillo. De lo antedicho se desprende, que este aspecto del tratamiento no ha sido contemplado y que se debería tener en cuenta en el momento de diseñar nuevas intervenciones con el fin de no entorpecer el trabajo en los Grupos de Mantenimiento.

Pese a lo expuesto, y haciendo referencia nuevamente a la *modalidad cognitiva* del tratamiento de los Grupos de Mantenimiento, se ha observado que ésta modalidad es útil a la hora de disminuir la conducta de ingesta excesiva, en este sentido se observó un cambio favorable, aún atendiendo a la dificultad que se presenta cuando ante el primer desvío o atracón los pacientes quieren estar nuevamente bajo los efectos de la acidosis química.

Cabe destacar que, curiosamente, existe un doble mensaje el cual sin duda resulta perjudicial para los pacientes, puesto que, y a pesar que en los Grupos de Inicio, se hace hincapié en el evitar estímulos externos “alimentos peligrosos, llamativos”, ya que modificando el ambiente, se puede prevenir y por ende controlar y evitar una conducta desbordada, a la inversa, se observa en la confitería de dicha clínica postres muy vistosos y con nombres que despiertan el apetito como por ejemplo el “Ricoton”, que si bien son de la cantidad de calorías permitidas, pueden provocar por lo llamativo de su aspecto y su agradable sabor y aroma, el querer repetirse ¿Qué pasa con la palatabilidad con este postre?, es muy probable, que éste inicie una cadena conductual en el que un primer postre sea el desencadenante de un segundo o tercero. En efecto, el “Ricoton” en este caso no se tuvo en cuenta para predecir, controlar y evitar una conducta de desborde.

Con relación a las *intervenciones conductuales* que se realizan en los Grupos de Inicio y que se llevan a cabo modificando la cantidad y calidad de la comida y la situación misma de ingesta, se ha observado que consiguen cambios favorables en la conducta de aquellos pacientes que no presentan dificultades para comenzar la dieta, sin embargo, se ha notado que una gran cantidad de pacientes no pueden realizar la dieta que se les propone o lo hacen por poco tiempo, situación que conlleva al abandono del tratamiento. Podría pensarse que la equivocación en este punto, no son las intervenciones conductuales en sí, sino el desconocimiento por parte del profesional del momento de la enfermedad en que se encuentra el paciente, puesto que, podría atribuirse dicho abandono, a la falta de conciencia de enfermedad, falta de motivación o a la negación del propio esquema corporal que obstaculizan el acatamiento de la dieta propuesta, situación que nuevamente remite a la importancia de la implementación de un programa de trabajo que considere a las etapas propuesta por Prochaska en el armado del Grupo de Inicio como ya se ha mencionado.

Con respecto a las intervenciones cognitivas que se llevan a cabo en los Grupos de Mantenimiento, se ha observado que las Técnicas de Reestructuración Cognitiva consiguen evitar conductas de ingesta impulsivas, ahora bien, se ha observado que el peso ideal o saludable lo mantienen aquellos pacientes cuya asistencia a los Grupos de Mantenimiento es continua, no aquellos que una vez alcanzado el peso suspenden el tratamiento. Situación esta última que se vislumbra cuando muchos de ellos vuelven a la clínica habiendo recuperado los kilos nuevamente. Podría decirse que el objetivo de las intervenciones cognitivas en cuanto a mantener el peso ideal o saludable, se cumple, ya

que al considerarse a la obesidad una enfermedad crónica, es lógico que el tratamiento de la misma abarque un período prolongado.

Otro factor a tener en cuenta, al momento de evaluar la efectividad de las intervenciones, es cuando en los Grupos de Mantenimiento se trabaja en los modos de subjetivación de los ideales del cuerpo que la cultura ordena, en donde, “delgada”, puede ser parte de un encadenamiento semántico tipo “delgado-bello-erótico-exitoso” o “delgado-puro-perfecto-esquelético-inmortal”, a pesar de ello, se observa cierto descuido en aquellos pacientes en que la obesidad ha dejado huellas muy profundas, como son los colgajos. Estos pacientes suelen deprimirse, y más allá de haber adelgazado, no se reconocen, no se aceptan y hasta a veces prefieren ser obesos nuevamente. Quizás esta clase de pacientes deberían de recibir un tratamiento especial, individualizado en el que se contemple las consecuencias de esta nueva imagen corporal y sus posibles soluciones.

Haciendo referencia a la *importancia del grupo terapéutico*, se ha observado que el mismo es fundamental en el tratamiento de la obesidad puesto que efectivamente se transforma en un ambiente imitador, limitador, depositario de ansiedades y por sobre todo contenedor, tanto en el Grupo de Inicio como en el de Mantenimiento. Aunque respetándose, en éste último, los casos de pacientes que bajo la sombra de la obesidad escondían patologías que escapan a los objetivos del grupo, como por ejemplo, Trastorno Bipolar, Depresión, conflictos de identidad sexual entre otros. En este sentido podría pensarse que lo más indicado sería complementar el tratamiento grupal con una terapia individual.

En líneas generales, lo observado en la práctica corrobora lo que afirman los estudios actuales sobre obesidad acerca de la necesidad de un abordaje interdisciplinario, puesto que, ignorar o privilegiar alguno de los aspectos (biológico, sociales, culturales y psicológicos) resulta inadecuado para la comprensión y tratamiento de la misma, así como también, la necesidad de que el profesional conozca en qué momento de su relación con la enfermedad está el paciente, éste último aspecto no es considerado en el marco de ésta práctica y podría pensarse, a la luz de lo observado, que tenerlo en cuenta como criterio de admisión en el armado de los Grupos de Inicio, incrementaría seguramente la efectividad del tratamiento en general, evitando la gran deserción que se produce.

Para terminar, y desde una mirada general, si bien son muchos los profesionales que apuntan a considerar a la obesidad como una enfermedad en sí y desde una perspectiva

biopsicosocial -como se demuestra a lo largo del presente trabajo- no hay duda que, y en contraposición a esta postura, la sociedad con los medios masivos de comunicación llenos de mensajes contradictorios sumado a la mirada esquiva de los sistemas de salud, no facilitan la tarea, por lo que la obesidad en el marco de este contexto desolador, seguirá presentándose como un “síntoma contemporáneo” en el que convergen el consumo masivo, el marketing, la inmediatez, lo frívolo y por sobre todo “la indiferencia”.

Sin embargo, y gracias a la iniciativa del Dr. C, el año pasado fue aprobada en el senado la ley de obesidad, que considera a la misma una enfermedad y obliga entre otras cosas, a cubrir el tratamiento de la misma en todos sus aspectos –clínica, nutricional, psicológica- por parte de las Obras sociales y prepagas. Además, obliga al Estado a impulsar programas de alimentación y salud y a los anuncios publicitarios y diseñadores a no utilizar a la “delgadez extrema” como símbolo de salud y belleza. Quizás comience a perfilarse a partir de esta ley cierta concientización, aunque son muchos los intereses, especialmente económicos, que se entrecruzan y que pueden encauzar esta iniciativa hacia una “utopía”.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Beck, J.S. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity and anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Campillo Álvarez, J.E. (2006). *El mono obeso. La evolución humana y las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión y arterosclerosis*. Barcelona: Critica.
- Casado, M.I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. & Vidal, J (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos; implementación de un programa de cambios de hábitos de alimentación. *Revista Electrónica de Psicología*. 1(1). Recuperado el 19 de septiembre de 2008, [http://www.psiquiatría.com/psicología/vol1\\_num1/artic\\_2.htm](http://www.psiquiatría.com/psicología/vol1_num1/artic_2.htm).
- Clark, D.A. & Beck, A.T (2002). El estado de la cuestión en la Teoría y la Terapia Cognitiva. En I. Caro Gabalda. (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp.120-129). Barcelona: Paidòs.
- Consenza, D (2008). La obesidad como síntoma contemporáneo. *Aperiòdico Psicoanalítico*, 17, 12-14.
- Dag, V & Torresani, M. (2007). Conductas alimentarias en adolescentes y percepción de su figura corporal. *Obesidad. Síndrome Metabólico y Trastorno Alimentarios*, 18 (1), 33-39.
- Freud, S (1985). El malestar en la cultura. En J. Strachey (Ed. Y Trad.), *Obras Completas de Sigmund Freud (Vol 21, pp.57-140)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930).

- Gil, L. (2008). Problemática de la obesidad. Abordaje interdisciplinario. Perspectiva psicológica. *Obesidad. Síndrome Metabólico y Trastorno Alimentarios*, 19, 23-30.
- Goleman, D. (2008). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires: Vergara
- Grilo, C.M. (2004). Tratamientos Farmacológicos y psicológicos para la obesidad y para el trastorno por atracones recurrentes de alimentos. En M.T. Sammons & N.B. Schmidt. (Eds), *Tratamientos combinados de los trastornos mentales* (pp. 284-285). Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Massa Hortigüela, C. (1998). Panorámica cultural de la obesidad: entre la medida y la desmesura. *Revista de la Asociación de Neuropsiquiatría*, 18, 679-691. Citado en: Ravenna, M. (2006). *Una delgada línea...entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Napolitano, A. (2008). *Formato y encuadre en psicoterapia* (ficha de cátedra). Recuperado el 28 de agosto de 2007 de <http://www.bairesgestalt.com.ar>.
- Nezu, A.M., Nezu C.M., Deanes, S.L & D’Zurilla, T.J (2002). El estado de la cuestión de los enfoques en Resolución de Problemas. En I. Caro Gabalda. (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 171-177).Barcelona: Paidòs.
- Obst Camerini, J. (2005). *Introducción a la Terapia Cognitiva: teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos*. Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado el 1 de Octubre de 2008, de <http://www.who.int/mediocentre>
- Ravenna, M. (2006). *Una delgada línea...entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Ravenna, M. (2007). *La medida que adelgaza: Del exceso tóxico a la porción saludable*. Buenos Aires: Vergara.

- Ravenna, M. (2008). *La telaraña adictiva ¿quién como a quién?* Buenos Aires: Zeta.
- Recasens Mladineo, M.C. (2007). *Cómo resolver los conflictos que expresa nuestro cuerpo*. México: Pax México.
- Reynoso Erazo, L. & Seligson Nisenbaum, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rovira, B. (2006). *Obesidad y Psicopatología*. Recuperado el 3 de Octubre de 2008, de [http:// www.ama-med.org.ar](http://www.ama-med.org.ar)
- San Román, C. (2007). Obesidad: Una Visión Psicoanalítica. *Obesidad. Síndrome Metabólico y Trastorno Alimentarios*, 18 (2), 37-39.
- Schilder, P. (1977). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Citado en: Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidòs.
- Vàzquez, C. & Cameron, C. (2002). Taxonomía cognitiva, sicopatología y psicoterapias cognitivas. En I. Caro Gabalda. (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp.53-66). Barcelona: Paidòs.
- Zukerfeld, R. (1979). *Psicoterapia de la Obesidad*. Argentina: Letra Viva.
- Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidòs.
- Zukerfeld, R. (2005). Calidad de vida y vulnerabilidad en obesidad y patología cardiovascular. En R. D'Alvia (Ed.), *Calidad de Vida. La relación bio-psico-social del sujeto* (pp.61-72). Buenos Aires: Lugar.

## **8. ANEXOS**