

Trabajo de Integración Final

Título: El tratamiento terapéutico cognitivo conductual en grupo para niños con obesidad.

Autor: María Fabiana Sirvén

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
2.1. Objetivo general.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. MARCO TEORICO.....	4
3.1. Obesidad.....	4
3.1.1. Definición.....	4
3.1.2. Patología.....	6
3.1.3. Aspectos Psicológicos.....	8
3.1.5. Obesidad en la infancia.....	10
.....	12
3.1.6. Rol de la familia del niño con obesidad.....	12
3.2. El tratamiento para la obesidad en la infancia.....	13
3.3. Abordajes psicológicos.....	14
3.3.1. Terapia cognitiva.....	14
3.3.2. Terapia cognitivo- conductual en niños.....	16
3.3.3. Psicoeducación.....	19
3.3.4. Terapia cognitivo-conductual grupal.....	20
3.4. Tratamiento interdisciplinario.....	21
3.4.1. Entrenamiento en habilidades sociales.....	21
3.4.2. Educación Física. Esquema e imagen corporal.....	23
3.4.3. Nutrición.....	26
3. METODOLOGÍA.....	28
4.1. Muestra.....	28
4.2. Instrumentos.....	28
4.3. Procedimiento.....	29
5. DESARROLLO.....	29
5.1. Criterios de admisión.....	29
5.2. Actividades programadas para el grupo de niños.....	30
5.2.1. Psicoterapia cognitiva- conductual.....	30
5.2.2. Actividad Física.....	32
5.2.3. Actividad programada con la Nutricionista.....	33
5.2.4. Tipos de intervenciones.....	34
5.2.5. Intervenciones que apuntaron al desarrollo de las habilidades y al entrenamiento de competencias sociales.....	40
6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	43
7. BIBLIOGRAFÍA.....	49
ANEXO A.....	52
ANEXO B.....	57
ANEXO C.....	61

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge de la integración teórico-práctica del proceso de 320 horas llevado a cabo en un centro terapéutico especializado en tratamientos para la obesidad y otros trastornos alimenticios, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde septiembre hasta diciembre de 2008, en el marco de la cátedra Prácticas v de la carrera de Psicología.

A esta institución asisten personas que padecen de obesidad o sobrepeso, que son derivados a los distintos grupos, según edad y fase del tratamiento, luego de pasar por la entrevista informativa y por la de admisión, que realizan con los profesionales de la salud. El tratamiento propone un abordaje integral, siendo atendidos por médicos, nutricionistas, profesores de educación física y psicólogos, aunque la terapia grupal está coordinada solamente por éstos últimos, en el caso de los adultos. Luego de la entrevista inicial, que es individual, los pacientes participan de los grupos terapéuticos previstos, en una modalidad cognitiva-conductual. Los grupos de inicio tienen por objetivo principal el descenso de peso y la contención durante el proceso, con psicoterapia de tipo conductual principalmente, para pasar luego al denominado grupo de mantenimiento, donde se los orienta, en un marco cognitivo de terapia, en nuevos hábitos alimenticios y estilos de vida que favorezcan la estabilidad en el peso logrado.

En relación al grupo de niños, su abordaje es interdisciplinario, contando con un equipo de profesionales presentes en los encuentros, compuesto por una Nutricionista, una Profesora de Educación Física, y la Psicóloga. El mismo tiene lugar en el Centro los días viernes de 17 a 18 horas, con una propuesta de terapia cognitiva-conductual (TCC), que incluye el juego, tanto de Educación Física guiado por la Profesora, como con la Nutricionista, además de la terapia grupal llevada a cabo por la Psicóloga, quedando de esta manera cada encuentro, dividido en dos partes. Este grupo contempla la inclusión de los padres, en reuniones programadas cuatrimestralmente, y un seguimiento individual periódico con el médico y la nutricionista, con el fin de evaluar la curva de descenso del peso del menor. Concurren al mismo, 10 niños de entre 6 y 12 años, con problemas de sobrepeso u obesidad.

A partir de la observación de los diversos grupos y el registro puntual del grupo de niños, el presente trabajo aborda el tratamiento interdisciplinario en la problemática de obesidad infantil con una modalidad de terapia cognitivo-conductual y grupal, tomando como referencia este último grupo en particular, de la institución arriba mencionada.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Analizar las actividades que se realizan en el tratamiento interdisciplinario y el tipo de intervenciones en el marco de la Terapia Cognitivo-conductual grupal en niños con problemas de obesidad.

2.2 Objetivos específicos

- 2.2.1. Describir los criterios de admisión para el grupo de obesidad infantil.
- 2.2.2. Describir las actividades que se desarrollan en cada encuentro.
- 2.2.3. Describir y analizar las intervenciones del terapeuta.
- 2.2.4. Indagar acerca de los aportes que realizan la profesora de Educación Física y la Licenciada en Nutrición, como propuesta de un tratamiento interdisciplinario.

3. MARCO TEORICO

3.1. Obesidad

3.1.1. Definición

La obesidad está estrictamente definida como una acumulación de grasa en el cuerpo. Los valores corporales se indican a través de la masa corporal. A dicho índice se llega dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros. La relación entre el peso y la talla se utiliza para identificar la obesidad en los adultos, no obstante debe considerarse como una guía ya que puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) define el sobrepeso como un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25 y la obesidad como un IMC igual o superior a 30, teniendo en cuenta de usar estos umbrales sólo como referencia.

Esta clasificación de la OMS, en la población adulta, se basa en la morbilidad asociada a la obesidad, la que aumenta a partir de un IMC de 25. Con esta premisa, un subgrupo de expertos de la OMS (Internacional Obesity Task Force) desarrolló estándares de IMC para la población pediátrica basados en los mismos puntos de corte (Kovalskys, Bay, Rausch Herscovici & Berner, 2003).

La obesidad es una enfermedad crónica, metabólica y con múltiples causas, dado que en ella intervienen tanto factores genéticos como conductuales, tales como el sedentarismo y la conducta alimentaria, además de aspectos psicológicos de la personalidad. Asimismo se la considera como una enfermedad poligénica, ya que diferentes genes interactúan de un modo particular con los distintos condicionamientos del medio del sujeto (Gil, 2008).

Otras definiciones (Kenneth & Mac Donald, 2003), incluyen para la obesidad mórbida el exceso de 45.2 Kg. sobre el peso ideal, según las tablas de altura y peso del año 1983 de la Metropolitan Life Insurance; o también cuando el peso excede el 200 % del peso ideal.

Los nuevos Patrones de crecimiento infantil presentados por la OMS en abril de 2006 incluyen tablas del IMC para lactantes y niños de hasta 5 años. No obstante, la medición del sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 14 años es difícil porque no hay una definición normalizada que se aplique en todo el mundo. La OMS está elaborando en la actualidad una referencia internacional del crecimiento de los niños de edad escolar y los adolescentes. Al carecer de consenso en la definición de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, el IMC constituye un adecuado indicador de la grasa corporal, por ser sencillo de aplicar y por haber sido ampliamente validado en su comparación con métodos más específicos, principalmente cuando de niños se trata (Kovalskys, et al., 2003).

Clínicamente se considera que un niño es obeso cuando su peso es un 20 % mayor que su peso ideal. Si la obesidad se desarrolla entre los seis meses y los siete años de vida, las probabilidades de ser obeso en la adultez son menores que si la misma se adquiere entre los diez y los trece años, ya que en esa edad se multiplican los adipositos. La causa fundamental es el desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. El aumento mundial de la obesidad es atribuible a varios factores, entre ellos, la modificación mundial de la dieta con una tendencia a la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares pero escasos en vitaminas, minerales y otros micro nutrientes y la

disminución de la actividad física debido al sedentarismo de la actualidad (Ravenna, 2006).

El ser obeso en la infancia y adolescencia aumenta las probabilidades de seguir siéndolo en la vida adulta. El riesgo de padecer enfermedades crónicas asociadas se duplica en los que tuvieron exceso de peso en la niñez y es aún mayor si éste se mantuvo en la adolescencia (Kovalskys, et al., 2003).

Gil (2008), en concordancia con lo anterior, considera que las principales causas de la elevada prevalencia de esta problemática en la población serían la predisposición genética, la oferta de comidas de elevado valor calórico y grasas y la escasa actividad física realizada.

Un estudio realizado en Ohio con niños de entre dos y 18 años, en el año 2007, demostró que, aunque existen definiciones claras del IMC respecto de los problemas de sobrepeso en la infancia, un alto porcentaje de niños con obesidad y sobrepeso quedan sin diagnosticar. El diagnóstico se incrementó durante el período de estudio, pero permaneció bajo entre los niños con sobrepeso a quienes les hubiera sido más efectivo intervenciones tempranas. La identificación del sobrepeso y obesidad en los individuos es el primer paso para hacer frente al crecimiento epidémico (Lacey Benson, Heather, & Kaelber, 2008).

3.1.2. Patología

Los riesgos de tener un bebé obeso comienzan antes del nacimiento, durante los tres últimos meses de gestación, momento en que el bebé acumula células grasas. Si acumula mucha grasa durante este período, corre el riesgo de tener sobrepeso en el futuro (Ravenna, 2007).

Tal como sostienen Reynoso Erazo y Seligson Nisenbaum (2005), los niños con sobrepeso se encuentran en riesgo de padecer serios problemas de salud, desde aumentar el colesterol hasta el desarrollo de mellitus tipo 2.

Según Gil (2008) puede traer aparejada además, algunos efectos psicopatológicos como depresión, trastorno de ansiedad, disminución de la autoestima y alteraciones de la imagen corporal. Si bien no se puede precisar si las mismas son causa o consecuencia, resultan igualmente determinantes para el mantenimiento y progresión de la enfermedad.

La obesidad, una historia continua de pérdidas y ganancias de peso y una distribución de la grasa predominante en la cintura más que en la cadera, colocan a la persona en un

elevado riesgo para la salud, aunque los cambios constantes de peso conlleva más riesgos que la obesidad en sí misma (Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez & Pérez Álvarez, 1998).

El sobrepeso en los niños representa una grave amenaza para su salud futura y repercute sobre su calidad de vida. Entre las consecuencias que destaca Ravenna (2007), se mencionan: hipertensión arterial, niveles elevados de colesterol y de lípidos en sangre, resistencia a la insulina y diabetes tipo II. Además de problemas óseos y articulares, falta de aliento y fatiga con probabilidades de desarrollar asma, problemas en el sueño, tendencia a madurar prematuramente, ciclos menstruales irregulares en las niñas y posibles problemas de fertilidad en la adultez, trastornos hepáticos y biliares, depresión y tendencias adictivas.

Según Reilly y Wilson (2006) en la mayoría de los pacientes la obesidad es causada por el estilo de vida, siendo las causas patológicas extremadamente raras; sin embargo, destacan que debe sospecharse una causa patológica subyacente si la obesidad es particularmente severa en niños jóvenes, donde podría reflejar una causa genética.

La incidencia de la obesidad juvenil se ha duplicado en los últimos 20 años en Estados Unidos, afectando a un estimado del 15 % de niños y adolescentes de entre 6 y 19 años. La obesidad está ampliamente reconocida como uno de las principales temas de salud en ese país y ha sido pronosticado que sobrepasará al tabaquismo como una de las primeras causas de mortalidad prevenible (Kenneth & Mac Donald, 2003).

En nuestro país, según un estudio realizado por la Sociedad Pediátrica Argentina sobre obesidad infantil, en una población de 1289 niños de entre 10 y 19 años, la prevalencia de sobrepeso fue significativamente mayor en el grupo de 10 a 12 años (34,3 %) comparado con los mayores de 16 años (12 %), no habiéndose encontrado diferencias significativas entre las diferentes regiones (Kovalskys, et al., 2003). Asimismo dicho estudio reveló que el 20,8 % de la población estudiada presentaba sobrepeso, mientras que el 5,4 % padecía de obesidad.

La obesidad pediátrica también se asocia a muchas otras condiciones de comorbilidad (por ejemplo enfermedad hepática). Desde el punto de vista de la salud pública, la consecuencia más seria está dada por sus efectos a largo plazo sobre el sistema cardiovascular en la edad adulta. Los factores de riesgo cardiovasculares son comunes particularmente en adolescentes obesos (Reilly & Wilson, 2006).

En lo que a la alimentación respecta, existen neurotransmisores que cumplen un rol destacado, como lo son la dopamina y la serotonina. En las personas obesas las

concentraciones de dopamina son crónicamente altas. Dicho neurotransmisor produce sensaciones de satisfacción y placer. Ciertas sustancias, como el alcohol, la nicotina, la cocaína y los hidratos, aumentan su producción y generan un efecto de gratificación tan intenso como fugaz. Esto conduce a recaídas con la consecuente activación de conductas adictivas. Por otra parte la serotonina es llamada la “hormona del humor” ya que actúa sobre el sistema psiconervioso. Tiene, además, efectos sobre neuronas que inhiben el hambre. En obesidad, hay bajos niveles de serotonina, por lo tanto no se produce inhibición del hambre (Ravenna, 2007).

3.1.3. Aspectos Psicológicos

Los trastornos de la alimentación son reconocidos como enfermedades con base psicológica que comienzan en la infancia o en la adolescencia y, si bien el Manual de diagnóstico de enfermedades mentales no incluye la obesidad entre ellos, se hace evidente que en muchos pacientes que no pueden llevar a cabo una dieta o no lo hacen el tiempo necesario, existe un trastorno que en muchos casos corresponden a conductas adictivas (Zukerfeld, 1996).

Cuando se trata de hábitos, como pueden ser los alimenticios, Ravenna (2008) afirma que muy pocos de ellos se generan en la adultez ya que la mayoría se aprenden en la infancia. Desde el nacimiento, el comer se asocia a un placer primario, al bienestar, al afecto, al calor y al confort. Al tratarse de un problema de conducta, es éste el primer aspecto a resolver, la conducta que lleva al exceso. La relación con la comida y el tipo de vínculo que se establece con ella, también se aprende. Al principio se crea un circuito que después deviene crónico y se torna vicioso: de una costumbre se hace un hábito, de un hábito una dependencia y por último, de una dependencia, una adicción. Así, una conducta adictiva actúa de la misma manera que una sustancia que produce adicción. El mismo autor afirma que uno de los enfoques terapéuticos más acordes para tratar la obesidad es el grupo en el modelo cognitivo- conductual, proponiendo el corte con el objeto adictivo, como primer eslabón, para luego, en segundo término, desarticular las trabas cognoscitivas.

Zukerfeld (1996), continuando con el concepto de adicción a la comida, también argumenta que, para su comprensión y tratamiento, se debe tener en cuenta la relación de la persona con el objeto-comida adictivo.

Reilly y Wilson (2006) además, agregan que muchos pacientes obesos experimentan burlas que los llevan a tener baja autoestima o una mala calidad de vida.

Existen en la persona obesa, según Ravenna (2007), tres temores básicos. El primero es el miedo a adelgazar, y esto es así porque construyó una gruesa pared que lo protegió del mundo. A su cuerpo le otorgó la mágica función de cuidado de cualquier ataque exterior. El segundo es el miedo al cambio. Su adelgazamiento lo llevará a cambios en su alimentación y en sus conductas y por ende también a un cambio de vida, puesto que con un cuerpo delgado se sentirá otra persona. El tercer miedo es por la carencia de su objeto de deseo. Una persona con sobrepeso ha mantenido la acumulación como conducta básica. Su relación con la comida invade todos sus espacios, prometiéndole placer infinito pero brindándole sólo miedo, vergüenza y culpa.

O'Dea (2005) afirma que con frecuencia el obeso comienza a avergonzarse desde pequeño, ya que el juicio ajeno le hace internalizar la idea de que es gordo y que no merece ninguna estima.

La culpa, argumenta Ravenna (2008), aparece frente a su debilidad por la comida, a la pereza y a la comodidad. Esto se convierte en un círculo vicioso, donde a la culpa, la vergüenza, la ira y la angustia, le siguen el volver a comer para sentir placer, pero éste se esfuma y todo vuelve a empezar. Al comer compulsivamente la persona no se enfrenta consigo misma, con lo que siente ni con lo que le pasa. La conducta desbordada no permite sentir ni pensar correctamente.

Desde un aspecto social, se confunde la delgadez con la belleza, la comida con el placer, la ansiedad con el hambre, el dulce con la felicidad y así se llena en ocasiones el vacío de la falta de afecto, de la autoestima, de la ansiedad y de la cultura, con la comida. Comer bien previene aún de las predisposiciones genéticas, no obstante, cualquier persona con un anhelo de buscar un cuerpo más delgado, podrá llegar a la anorexia si se inicia en una dieta restrictiva. Los niños obesos con frecuencia, están muy concientes de sus problemas de peso y esto los lleva a tener una baja autoestima. Actualmente se sabe que dicha situación, puede conducirlos a desarrollar trastornos alimenticios, o a saltarse el desayuno u otras comidas del día, así como a desarrollar mayores niveles de angustia emocional y menores expectativas de su futuro educativo (O'Dea, 2005).

Por lo expuesto, es fundamental el abordaje de la obesidad a través de un tratamiento interdisciplinario, considerándola como un sistema complejo en donde intervienen múltiples factores.

3.1.5. Obesidad en la infancia

Para establecer el diagnóstico de obesidad en pediatría se debe tener en cuenta que el IMC es más bajo en la niñez y adolescencia que en la edad adulta, y hay diferencia entre niños y niñas. Para considerar el IMC de una manera específica para la edad y el sexo, se debe remitir a un score de IMC o referirse a las tablas según la edad y el sexo (Reilly & Wilson, 2006).

La característica esencial de los trastornos de alimentación de la primera infancia, según Caballo y Simón (2007), es la incapacidad persistente para comer adecuadamente, con la consiguiente pérdida significativa o aumento de peso. Sin embargo, agregan los mismos autores, dichos problemas alimenticios son menores en relación a otras alteraciones mayores tales como la bulimia, la anorexia y la obesidad, que suponen un riesgo para la salud en la niñez. Para su evaluación, estos autores sugieren las entrevistas y la observación comportamental, tanto de las personas que interactúan cotidianamente con el paciente, como del mismo niño en cuestión. Asimismo, sugieren también un registro de las diferentes comidas realizadas a lo largo del día, que contemplen a su vez, ciertas variables relevantes tales como, la duración de la ingesta, las características de la comida que se le ofrece, cuánto y dónde come, etc. Estos datos, aseveran, le permitirán al profesional realizar un análisis funcional y topográfico de los comportamientos problema.

Si bien los niños hasta los tres años son capaces de autorregular su ingesta de acuerdo con su apetito, a partir de esa edad pierden dicha capacidad, especialmente a partir de los 7 años que, al ofrecerles porciones más grandes, podrían comer de más, quedando plenamente establecida dicha incapacidad (O' Donnell & Grippo, 2005). La educación nutricional debe ser parte de los programas académicos, pero debe continuarse y reforzarse en el grupo familiar.

Algunas de las razones que llevan al niño al sobrepeso, son el modelamiento, producto de observar la forma y hábitos alimenticios de sus padres, las cantidades que les son servidas, las comidas ricas en grasa y la facilidad con que acceden a la llamada “comida chatarra”. Un niño no requiere más allá del 30% de calorías producidas por las grasas en su alimentación. En esta etapa es especialmente importante que la dieta sea balanceada, quiere decir que debe incluir proteínas animales, productos lácteos, frutas, verduras, cereales, leguminosas y grasas. Además de esto, es necesario que realice ejercicios y

actividades saludables como caminar, correr, jugar al aire libre y reducir, si hiciera falta, los videojuegos y/o la televisión (Reynoso Erazo & Seligson Nisenbaum 2005).

La obesidad es una enfermedad policausal. Entre las distintas causas que inciden en el aumento excesivo de peso, los genes desempeñan un importante papel. Con aquellos niños que tienen una propensión hereditaria, afirma Ravenna (2006), se puede implementar un tratamiento preventivo centrado en el cuidado de la alimentación y la forma de vida, aunque no en todos los casos se le debe atribuir a los genes toda la responsabilidad, ya que éstos sólo establecen una susceptibilidad al aumento de peso bajo ciertas condiciones, tales como un estilo de vida sedentaria y la abundancia de comida.

Durante la infancia se producen las marcas que van a condicionar el futuro peso, ya que las células adiposas se reproducen en esta etapa y en la pubertad, aunque se puede adelgazar y mantenerse si se controla la tendencia al sobrepeso. Al contrario de lo que ocurre con los adultos, los niños obesos que pierden peso tienen más probabilidades de mantenerlo, siendo incluso el programa para su tratamiento más efectivo cuando los padres se implican en el mismo, dispensando refuerzos contingentes a la reducción de peso y cambios en los hábitos dietéticos (Amigo Vázquez et al., 1998).

Cuando un niño gordo presenta alteraciones tales como ahogos, sueño interrumpido, somnolencia, problemas ortopédicos, transpiración excesiva, hinchazón de pies y tobillos, está dando los primeros síntomas de un desequilibrio físico que, si no se controla, puede ser el desencadenante de enfermedades graves. Pero más allá de las consecuencias físicas, también se producen en el niño, cambios psicológicos, que se manifiestan en una baja autoestima, malos resultados en el colegio e introversión, seguida muchas veces de rechazo social (Ravenna, 2006). El mismo autor sugiere, para el tratamiento de niños con obesidad; dieta, juego creativo, ejercicios y terapia de comportamiento, que promuevan que el niño se vigile a sí mismo, coma en la mesa y en horarios preestablecidos y regulares, y evite picar entre comidas. A su vez, propone trabajar sobre el fortalecimiento de la autoestima y modificar el estilo de vida, tanto del niño como de su familia, ya que ésta tiene un rol fundamental en la generación de un niño obeso.

3.1.6. Rol de la familia del niño con obesidad

En muchas familias es común la resignación o la falta de percepción del sobrepeso en los hijos, considerándolo como una carga familiar debido a la herencia genética. La obesidad se encuentra frecuentemente en todo un núcleo familiar e incluso por varias generaciones, obstaculizando con frecuencia la posibilidad de realizar un diagnóstico temprano, por no otorgarle la debida importancia al problema. Es así como el niño comienza a ser rotulado muchas veces como “el gordito” de la casa, sin que esto alerte a los padres en la necesidad de concurrir a una consulta médica (Reilly & Wilson, 2006). Cuando los padres etiquetan rígidamente a un hijo, sobre esta etiqueta se va construyendo una identidad que no admite otras posibilidades, los comportamientos del niño tienden a ser congruentes con el rótulo y la retroalimentación va reforzando y confirmando que él es sólo eso. La imposición de rótulos en los niños desde la familia actúa como inductor de ese rasgo en el niño, quien se reconoce a partir de dicha definición. El objetivo en estos casos, en el marco psicoterapéutico, es desarrollar una habilidad faltante, exponiendo al niño a un aprendizaje que enriquezca su repertorio (Baringoltz & Levy, 2007). No obstante esto, estos autores aseveran que se hace difícil construir algo si en el mundo extrasesión no existe ningún asidero para lo que se desea desarrollar. El acuerdo y la participación de la familia en la estrategia terapéutica son centrales y, muchas veces, es uno de los lugares por donde se pueden escurrir los esfuerzos terapéuticos.

Según Zukerfeld (1996), existe una fuerte relación entre los déficit de identidad y los déficit en el sentir: del cuerpo como propio, de las propias emociones y los pensamientos, predominando los vínculos duales, narcisistas, de fusión con el otro tan temida como deseada. Al ser la propia imagen frágil y huidiza, en el nivel de los vínculos, este elemento opera como conflicto: surge el terror a la fusión, a perder los límites y al abandono.

Tomando aportes de otros modelos, como por ejemplo, desde la teoría sistémica, según Minuchin y Fishman (2004), la familia es un grupo natural que a través del tiempo ha elaborado sus pautas de interacción. El abordaje estructural, considera la familia como un organismo: un sistema complejo que funciona mal. En esta formulación estratégica,

se considera que el paciente individualizado es portador del síntoma para proteger a la familia, siendo éste al mismo tiempo mantenido por todos sus miembros. El problema, desde este modelo, no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia que siguen funcionando a modo de soluciones pero sólo consiguen reforzar los afectos sin producir cambios, ya que son inadecuadas para enfrentar la situación. La tendencia estratégica considera que el síntoma es una solución protectora ya que el portador del mismo se sacrifica para defender la homeostasis de la familia.

Para el tratamiento del niño obeso, se debe prestar atención al seguimiento del niño y de todo el grupo familiar para lograr cambios beneficiosos, tanto a corto como a largo plazo (Reilly & Wilson, 2006).

3.2. El tratamiento para la obesidad en la infancia

Debido al estilo de vida más sedentario de la actualidad en relación a muchos años atrás, que los niños obesos de hoy lleguen delgados a la adultez no es tan fácil como antaño, ya que sus hábitos alimentarios no son sanos y cada vez se torna más difícil revertirlos (Ravenna, 2007).

Actualmente es difícil evidenciar la relación entre la obesidad de la niñez, la enfermedad del adulto y la mortalidad prematura. Sin embargo, la revisión sistemática apoya la hipótesis que la obesidad pediátrica tiene efectos nocivos en la salud al llegar a la adultez. Muchas de las consecuencias, de las ya mencionadas, se pueden prevenir en la intervención a tiempo desde un abordaje integral, que contemple la multifactoriedad de dicha enfermedad (Reilly & Wilson, 2006).

La evaluación del estado general del niño, así como sus hábitos alimentarios, actividad física desarrollada y su consecuente plan de tratamiento, podrán ser analizados por el médico y un equipo de profesionales de otras disciplinas pertinentes. El tratamiento interdisciplinario incluye la psicoterapia, con intervenciones que apuntarán a producir un cambio en el paciente en relación a los síntomas que le generan 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).

Para algunos autores (Kovalskys, et al., 2003), la consecuencia más extendida en la infancia y adolescencia de la obesidad, es de orden psicosocial, ya que la segregación de los pares afecta la autoestima y promueve disconformidad con el propio cuerpo que lo convierte en factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

A su vez, Roca Perara (1998) marca la importancia, en la psicoterapia infantil, de no considerarla como la psicoterapia de un niño psicológicamente alterado, ya que con mucha frecuencia es la expresión de un contexto familiar, escolar y/o comunitario también alterado, siendo los contextos educativos y familiares altamente determinantes de su conducta. Por esta razón es que propone visualizar, en el proceso terapéutico, no sólo al niño sino también al medio en el que éste se desenvuelve.

Respecto del tratamiento, después de haber definido los componentes de la dieta, LeBow (1986) sugiere que el terapeuta tendrá que desarrollar una estrategia para el registro y un método para fortalecer los cambios deseados. A través del reforzamiento positivo, se elogiará el cumplimiento de las recomendaciones. El refuerzo positivo es un procedimiento en el cual la conducta se acelera en virtud de las consecuencias de esa conducta, siendo en sí mismas, el refuerzo. En esta sociedad de la abundancia, como la denomina el autor, numerosos comestibles funcionan como reforzadores positivos, incluso ante la ausencia de hambre. No obstante, hace hincapié en la importancia de emplear un procedimiento de refuerzo positivo del que no surja que las buenas acciones son la ruta hacia comidas sabrosas.

Al plan de dieta restringida y tratamiento terapéutico conductual, se sugiere incorporar la realización de ejercicios físicos periódicos y la reducción de cantidad de horas frente al televisor u otras actividades sedentarias (O'Dea, 2005).

3.3. Abordajes psicológicos

3.3.1. Terapia cognitiva

Si se considera que algunas enfermedades son consecuencia de un estilo de vida inadecuado, la curación y la rehabilitación no será alcanzada sólo con la hospitalización y/o las indicaciones médicas, sino que será necesario que el tratamiento incluya una psicoterapia en la cual, el psicólogo proporcione al paciente las habilidades necesarias para modificar su estilo de vida. En estos casos son recomendables las técnicas cognitivo- conductuales para ayudar a los pacientes en la adopción de estilos de vida

saludables y activos desde el punto de vista físico, teniendo como meta evidenciar cambios en la conducta a nivel individual y familiar, que produzcan cambios en la morbilidad y mortalidad, es decir, cambios en la salud (Reynoso Erazo & Seligson Nisenbaum, 2005).

Los aportes cognitivos permiten en la clínica, reconocer que existen otras alternativas para hacer frente a estos problemas. La sobrevalorización de la delgadez y el temor mórbido a la obesidad, configuran el relato dominante de los pacientes. Dicha sobrevalorización como garantía de belleza, éxito, seguridad y eficiencia personal, está arraigada en una trama compleja en la que intervienen múltiples factores: biológicos, psicológicos, familiares y culturales. Los tratamientos rígidos, estandarizados o con un programa prefijado no son aplicables, ya que en lo cotidiano son múltiples los problemas y dificultades que se presentan (Baringoltz & Levy, 2007).

Los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los Estoicos, la idea básica sería que el control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio en las ideas. Epicteto escribió que los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2005).

Los conductistas debían centrarse sólo en la conducta, esquivando con el mayor de los empeños temas tales como la mente, el pensar o la imaginación y conceptos como los de plan, deseo o propósito. Se postuló un elaborado conjunto de explicaciones que detallaban los principios del condicionamiento y del refuerzo, para describir cómo se producía el aprendizaje y se formaban las conductas particulares (Gardner, 1996).

Entre sus técnicas figuran los refuerzos verbales y otros para promover las conductas deseadas y extinguir las indeseadas. El autorrefuerzo también ocupa un lugar importante, ya que la misma persona puede gratificarse o premiarse si ha cumplido con las acciones que quiere promover (Kriz, 2001).

En cuanto al papel esencial de las contingencias, Bandura, al desarrollar su teoría del aprendizaje social, demostró, que no sólo son las contingencias ambientales las que influyen en las conductas sino que también las personas pueden influirse contingentemente a sí mismos, a la vez que destaca la influencia recíproca, también destaca el valor de los refuerzos percibidos y no sólo reales. Se puede hablar, por lo tanto, de una evolución de la terapia de conducta desde la perspectiva exclusiva de la teoría del aprendizaje a otra más mediada cognitivamente (Beck & Clark, 1997).

Beck elaboró un modelo de intervención clínica, sustentado en la importancia que le asigna a los esquemas o modelos cognitivos inadaptados para procesar la información,

que se expresan por medio de los pensamientos automáticos y que influyen y guían la vida del paciente y por lo tanto, sus vivencias emocionales. Al presentarse estos esquemas en forma de convicciones y creencias que guían la experiencia, son plausibles de análisis lógico y verificación empírica apuntando a la modificación y la corrección en el procesamiento de información. Las creencias del paciente se asumen como hipótesis que han de someterse a una seria verificación, en lugar de sustituirlas por otras más optimistas (Semerari, 2002).

Al responder al significado adjudicado a las situaciones más que a los eventos mismos, ante acontecimientos similares, tanto positivos, como neutros o negativos, cada persona hará una interpretación personal de los hechos, que tendrá relación con sus pensamientos o su propio modelo cognitivo. El objetivo de la TCC se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información, ya que no se padece por las situaciones en sí mismas, sino por las interpretaciones rígidas que de ellas se hagan (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

El terapeuta busca, mediante distintos recursos, producir un cambio cognitivo, lo que equivale a decir, un cambio en el pensamiento y en el sistema de creencias, para lograr de este modo, una modificación duradera de sus emociones y por ende, de la conducta (Caro, 2003).

Al identificar las creencias, atribuciones, enunciados sobre el propio ser, expectativas y esquemas rectores, el paciente puede reestructurar los procesos de pensamiento que inadvertidamente dan sustento a problemas conductuales y emocionales (Wachtel, 1997).

3.3.2. Terapia cognitivo- conductual en niños

El enfoque cognitivo-conductual en niños utiliza el juego como una de las más valiosas técnicas en la terapia, pudiendo articularse a la vez, con otras intervenciones dentro del marco psicoterapéutico. Algunos procedimientos pertinentes en TCC infantil, pueden ser llevados a cabo eficazmente por profesores u otros adultos importantes en la vida de los niños, además de sus padres. En estos casos, ellos serán los receptores del tratamiento. Por otro lado el entrenamiento en habilidades cognitivas enseña a los niños habilidades compensatorias para mejorar la adaptación en el hogar o en la escuela y responder más eficientemente al enfrentar situaciones conflictivas. Aunque los adultos mencionados estén implicados en el tratamiento, los resultados deseados se centran en

la capacidad del niño para utilizar las estrategias de autocontrol (Caballo & Simón, 2007).

Toda psicoterapia infantil comienza con una primera entrevista que suele hacerse con los padres y que cumple básicamente dos funciones. La primera de ellas es el establecimiento de un cálido y comprometido vínculo de colaboración, denominado por el cognitivismo, como empirismo colaborativo. La segunda, consiste en tratar de comprender el problema que los llevó a la consulta y las variables complejas que lo causan y sostienen. Toda la información recogida es vital para la conceptualización del problema que constituye además, la clave para abordar el tratamiento en detrimento de los rótulos diagnósticos tradicionales. De esta manera el trabajo cognitivo con los niños, parte de una concepción bio-psico-social del ser humano. La conceptualización diagnóstica permite la estructuración de un plan de trabajo que implica a toda la familia del menor (Bunge et al., 2008).

La TCC en niños considera que en el modo de significar la realidad, se encuentran involucrados el pensamiento y las emociones que afectan la conducta. Estas significaciones, se construyen históricamente y son la resultante de una regulación recíproca entre el niño, su familia y el contexto más amplio (Baringoltz & Levy, 2007).

Los errores cognitivos, tanto en adultos como en niños, comprenden inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, y magnificación o minimización. Los elementos de la terapia son la interpretación de las pautas determinantes del tipo de pensamiento del paciente, la promoción de la autoobservación de pensamientos automáticos para reconocerlos; el uso de técnicas de distanciamiento emocional y separación afectiva de pensamientos; la aplicación de reglas de evidencia y de lógica y las pruebas de realidad o retroalimentación. En la autoobservación, el paciente va descubriendo por sí mismo y poco a poco, el papel perturbador de sus pensamientos, al tiempo que considera otras interpretaciones, sin necesidad de una intervención tan directiva de su terapeuta (Reynoso Erazo & Seligson Nisenbaum, 2005). Los mismos autores mencionados, afirman que en terapia conductual, los hábitos desadaptativos son eliminados o debilitados en tanto se refuerzan aquellos que son adaptativos, ya que se basa en los principios establecidos del aprendizaje. El método implica que la mayor parte de las conductas desadaptadas provienen de experiencias fallidas en el aprendizaje o de una insuficiencia motivacional para cambiarlas. Las teorías de aprendizaje que la sustentan, sostienen que el comportamiento puede ser considerado como las formas en que el individuo reacciona hacia su medio ambiente y qué hace la persona en el mismo.

Cuando la respuesta emocional o conductual de un niño a un evento es desadaptativa, por inapropiada o por producir un deterioro en su funcionamiento social, se presume la injerencia de déficits en sus habilidades conductuales, o distorsiones en las creencias y procesos cognitivos resultantes (Bunge, et al., 2008).

Al enfatizar la importancia de los procesos cognitivos y de los eventos privados como mediadores del cambio conductual, afirma Fernández Álvarez, (1996) comienzan a incluirse en la terapia, los pensamientos, imágenes, estrategias de respuesta y otros constructos englobados como procesos cognitivos. La terapia cognitivo- conductual de ésta manera, consistiría en una amplia variedad de técnicas basadas en distintos modelos conceptuales, como por ejemplo, la terapia racional emotiva, las técnicas de solución de problemas, las de aproximación de autocontrol, y las de condicionamiento encubierto.

El común denominador entre ellas, sostienen Reynoso Erazo y Seligson Nisenbaum (2005), es el interés en la naturaleza y modificación de las cogniciones del paciente, así como la utilización de procedimientos derivados de la terapia conductual para promover el cambio. Así, en la terapia racional emotiva, se asume que las personas aprenden a reaccionar ante las creencias irracionales desarrolladas durante su vida y que éstas pueden ser cambiadas mediante la confrontación de ideas. Beck comparte con Ellis, aseveran éstos autores, que los problemas del paciente derivan de sus distorsiones cognitivas, por lo tanto la meta de la terapia cognitiva consiste en reemplazar los esquemas maladaptativos o, al menos, tener un mayor control sobre los mismos. Los terapeutas cognitivos- conductuales se enfocan en el estado actual del paciente y se concentran en la percepción y visión que éste tiene de su vida, más que en los rasgos de personalidad, para entrenarlos en conseguir mayor control, sustituyendo estilos que les han sido problemáticos por otros de mayor funcionalidad. Un programa de intervención conductual, debe tener primero que nada definida la conducta problema para luego plantearse la conducta meta, que es a la que se pretende llegar. Esta última debe ser consistente con las necesidades del niño y su familia o entorno para tener probabilidades de éxito. Otro punto importante es que el programa se enfoque en la modificación de la conducta problema y en el mantenimiento de las nuevas conductas aprendidas. Las conductas problemas a su vez, deben ser categorizadas según el contexto en el que ocurren. Los autores mencionados definen cuatro categorías que son las siguientes: excesos conductuales, déficit conductuales, control de estímulos deficiente y habilidades de respuesta. La primera se relaciona más con la frecuencia e intensidad con la que aparece la conducta dada la circunstancia particular inapropiada. En el caso de un

niño con sobrepeso, el exceso conductual está marcado por el comer demasiado y muy seguido, por ejemplo. En la segunda categoría, de déficit conductual, la conducta se convierte en un problema por la baja frecuencia con la que ocurre, o por lo inadecuado de su aparición, tanto sea por la intensidad, como por la forma. Tal sería el caso, por ejemplo, de un niño con pocas habilidades sociales para interactuar con sus pares. El tercer caso, control de estímulos deficiente, una conducta se vuelve problema debido a que ocurre bajo condiciones o tiempos inadecuados. Por ejemplo, el caso de un niño que tiene las habilidades pero no las utiliza de manera adecuada o en el momento o en el contexto adecuados. El niño con obesidad, podría tener como conducta problema, tanto el exceso conductual como el control de estímulos deficiente, ya que la conducta de comer está asociada con muchos estímulos medioambientales, por lo cual es probable que, cuando estos estímulos estén presentes, la conducta de comer ocurra independientemente de si tiene o no hambre. Por último la cuarta, habilidades de respuesta, alude a que el terapeuta identifique los recursos propios del paciente y defina cuáles hay que fortalecer. En muchos casos la aparición de una conducta indeseable es mantenida por una bienintencionada pero inapropiada atención hacia el niño por parte de sus padres u otros familiares, reforzada con preocupación y cariño, lo que conduce a que se mantenga la misma en lugar de extinguirla o modificarla. Cuando esto ocurre, es necesario que los padres aprendan a manejarlo, atendiendo los esfuerzos positivos del niño y no los negativos. En todos los casos, el terapeuta debe estar interesado en las habilidades del niño, con el propósito de enseñarle nuevas conductas adaptativas (Reynoso Erazo & Seligson Nisenbaum, 2005).

En definitiva, y resaltando los conceptos de Amigo Vázquez et al. (1998), aún cuando el mantenimiento de la pérdida de peso puede constituir un problema para aquellas personas que han conseguido perderlo, esa situación no es tan complicada como algunas estadísticas apuntaban. Los programas de modificación de conducta parecen más efectivos que otros tipos de programas. Además, parecen más eficaces para promover una pérdida sostenida de peso entre los niños que entre los adultos.

3.3.3. Psicoeducación

Si bien deben tenerse en cuenta las diferencias individuales, existen en terapia cognitiva aspectos que se encuentran siempre presentes. Uno de ellos es la conceptualización de las dificultades o problemas del paciente en términos de su pensamiento presente, su

conducta problemática y los factores que la desencadenan. Al formular hipótesis acerca del modelo cognitivo del paciente, en momentos estratégicos, el terapeuta comparte con éste su conceptualización. Esta tarea se denomina psicoeducación y permite promover en el paciente, la identificación de aquellos pensamientos que son los provocadores de sentimientos que lo perturban y la elaboración de alternativas más funcionales para él (Beck & Clark, 1997).

La terapia es un proceso educacional que implica la adquisición de conocimiento y de habilidades para facilitar el desarrollo de capacidades adaptativas en la resolución de problemas (Baringoltz & Levy, 2007).

La psicoeducación consiste en darle al paciente una breve explicación acerca del trastorno o problema que padece, en relación a las causas, las características de la sintomatología y de la frecuencia de ocurrencia en la población; así como también del tratamiento a llevar a cabo. Con respecto a esto último, la información que se le brinda tiene que ver con las alternativas disponibles, con los criterios de elección, sus aspectos básicos, las técnicas específicas y una idea aproximada de la duración del tratamiento. La psicoeducación está íntimamente ligada con el desarrollo de una sólida relación terapéutica. En TCC infanto-juvenil, es muy importante discernir la información que se le brindará a cada una de las partes involucradas en el proceso terapéutico del menor, como son la familia, la escuela, otros profesionales, etc. La información brindada en este aspecto, apunta a proteger la intimidad de los pacientes y sus grupos familiares (Bunge et al., 2008).

Como parte del empirismo colaborativo, se explicitan tanto objetivos como procedimientos, y en este marco se brinda una pequeña psicoeducación tanto a los padres como al niño, acerca de lo que se hace cuando se juega en terapia (Baringoltz & Levy, 2007).

3.3.4. Terapia cognitivo-conductual grupal

El tratamiento grupal puede ser en especial benéfico para pacientes que necesiten mejorar su manejo de la ira y de otras habilidades interpersonales (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006). Estos autores postulan el beneficio potencial de un enfoque de tratamiento en grupo, que es que permite una oportunidad de obtener retroalimentación social, modelado, normalización, compañerismo y reforzamiento de habilidades.

La comprensión de los patrones de conocimiento de sí y del mundo, así como los espacios interpersonales en los cuáles estos se desarrollaron, permite conocer el

significado o atribuciones referidas no sólo a su imagen corporal, peso, dieta, sino también a su identidad personal, que se comparten y enriquecen en el contexto compartido de la terapia grupal (Baringoltz & Levy, 2007).

Por otro lado el cambio, según Ravenna (2008), es aún más factible cuando estamos acompañados por un sistema que nos permite compensar los momentos de vacío, porque tanto la restricción alimentaria como los cambios conductuales son difíciles de sobrellevar en soledad. La instancia grupal se transforma en una herramienta, en un lugar de reflexión donde se promueva capitalizar los conceptos centrales del tratamiento y transformarlos en un estilo de vida.

Los métodos cognitivos con niños suelen recurrir a dispositivos grupales, y casi siempre se combinan con otras intervenciones conductuales, como entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en relajación, procedimientos desensibilizadores y programas de refuerzo contingente (Watchel, 1997).

3.4. Tratamiento interdisciplinario

3.4.1. Entrenamiento en habilidades sociales.

Al hablar de habilidades sociales, como indica Furnham (1992), se hace referencia a las capacidades o aptitudes utilizadas en un ámbito de interacción entre personas. Algunas características para resaltar del concepto son, su carácter aprendido y la conciencia de complementariedad e interdependencia de la habilidad social. Esto significa que toda conducta social exige tratar de entender el punto de vista del otro y la proyección de una autoimagen. Aquí se destaca el papel que juega el sujeto como autorregulador de su comportamiento y el determinismo situacional de éste. Así mismo, se desprende dentro de los beneficios de este entrenamiento, el de mantener la autoestima y disminuir el estrés asociado a situaciones interpersonales conflictivas.

El comportarse de manera inapropiada especialmente en situaciones sociales, puede tener relación con una falta de adquisición de la conducta apropiada. Bandura, entre otros, establece la importancia del aprendizaje social, por observación e imitación. La falta de ejercitación en una conducta concreta obliga a distinguir, en el aprendizaje, entre la adquisición de una habilidad y su puesta en práctica. En estos casos hay que construir modalidades nuevas de conducta, preferentemente en vivo y en grupo. El

juego de roles con el terapeuta, es una excelente oportunidad para el aprendizaje de modelos, sobre todo si se trata de niños (Kris, 2001).

Entrenamiento en habilidades sociales es una expresión global que designa un conglomerado de métodos destinados en conjunto a mejorar las habilidades interpersonales del niño (Watchel, 1997).

El entrenamiento para mejorar las interacciones sociales, incorpora una amplia variedad de áreas como, empatía, escuchar con atención, contacto visual o aprender a expresar con claridad necesidades o peticiones. En relación a las habilidades de asertividad, ante la incapacidad de expresar sentimientos positivos, rechazar peticiones o expresar opiniones negativas de una manera que los demás consideren respetuosa, el entrenamiento consiste en enseñarles a identificar deficiencias conductuales específicas, ensayar comportamientos asertivos adecuados y a aplicar estos conocimientos aprendidos a situaciones de la vida real (Nezu, et al., 2006).

Como variante para un entrenamiento por medio de autoinstrucciones, en el caso de niños hiperactivos, impulsivos, y otros casos pertinentes, Kris (2001), siguiendo a Meichenbaum, propone someter la conducta motora de estos niños a control verbal, en tres etapas: primero, los dichos de otros guiarán la conducta del niño; él mismo regulará y reforzará positivamente sus planes y acciones hablándose en voz alta; y por último, el hablar en voz alta será sustituido por un “habla interior”. Si el terapeuta puede prever y modificar lo que el paciente se dice a sí mismo, continúa este mismo autor, conseguirá un buen acceso para la modificación de la conducta, pudiéndose plantear el proceso de la terapia en tres fases. La primera consta de la estructuración conceptual del problema, planteado por el paciente y elucidado por el terapeuta. En la segunda fase, se pone a prueba el esquema. Se trata de que el paciente aprenda a diferenciar si son los sucesos exteriores o sus propias ideas las que le provocan los sentimientos que experimenta. Y por último, en la fase tres, se intenta producir la modificación de las autoenunciaciones y conductas. En todos los casos mencionados, el autor plantea que al arsenal clásico de métodos de la terapia de la conducta, se le puede acoplar las autoinstrucciones modificadas, para reforzar las habilidades sociales positivas.

Es menester destacar, como sostienen León Rubio y Anzano (1998), que las habilidades sociales no son una característica de la persona, sino de la conducta de ésta, y que como cualquier otro comportamiento se pueden aprender. Bandura distingue el aprendizaje observacional de la imitación, ya que no se trata de copiar sólo la conducta ajena sino

de extraer reglas generales acerca del modo de actuar sobre el ambiente y la posibilidad de ponerlas en práctica cuando con ellas se puede obtener el resultado deseado.

Por medio de la representación de roles, el niño se ejercita en imitar los modelos que se le presentaron mientras el terapeuta hace las veces de entrenador. Se refuerzan las aproximaciones progresivas a la conducta deseada, y se suministra al niño información sobre lo que podría hacer de una manera un poco diferente. El entrenamiento en habilidades sociales se puede aplicar a una amplia variedad de conductas, desde ayudar a niños retraídos a establecer un mejor contacto social hasta enseñar a niños hiperagresivos a afirmarse verbalmente y del modo apropiado en vez de actuar físicamente (Watchel, 1997).

3.4.2. Educación Física. Esquema e imagen corporal.

En complemento con lo que implica la psicoeducación en lo referente a la nutrición y a las habilidades sociales, dentro del tratamiento terapéutico para niños en un plan interdisciplinario, la actividad física también promueve una vida saludable. En relación a la alimentación, la dieta debe cambiar según se realice actividad física o no, y también si ésta tiene un fin de placer o de competencia. En el caso de los deportistas, afirma Ravenna (2007), se debe considerar una nutrición especial, siendo la característica fundamental, el aumento del valor calórico total.

Mencionar la actividad física implica señalar una serie de conductas aprendidas por el individuo. El nivel de riesgo de morbilidad y mortalidad de las enfermedades está relacionado con el estilo de vida, y éste, es decir, sus conductas, actitudes y creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedades; puede ser generador de enfermedades, por una serie de factores de riesgo como, hipercolesterolemia, obesidad y consumo excesivo de sal, que suelen formar parte de hábitos alimenticios inadecuados aprendidos, sumado a la falta de ejercicio físico. En el caso de la diabetes insulina-dependiente (tipo I), tanto los niños como los adolescentes sedentarios, muestran un mayor riesgo de muerte que sus compañeros activos físicamente.

La reducción del tiempo en que los niños practican actividad física en la escuela es también un factor que contribuye al sobrepeso que, sumado a otros como los genéticos y algunos hábitos familiares, desencadenan el desarrollo de la obesidad. La actividad física debe estar dirigida por un Profesor de Educación Física, quien podrá adaptar el

tipo de movimiento a cada persona teniendo en cuenta su estado general (Ravenna, 2008).

También para el mantenimiento, el hecho de hacer alguna actividad física es la mejor herramienta, según Ravenna (2006), ya que de esta manera el cuerpo se endurece, consume energía y segrega hormonas de bienestar que son las endorfinas. Sin movimiento se puede bajar de peso pero es muy difícil mantenerse.

La práctica continuada de actividad física además, provoca efectos psicológicos agradables como: sensación de bienestar, disminución del estrés percibido, etc. Sin embargo, las personas que habitualmente son inactivas, especialmente si muestran un patrón de riesgo cardiovascular, no deberían iniciar repentinamente un programa de ejercicio vigoroso, ya que la protección que el ejercicio físico proporciona en la enfermedad cardiovascular, se torna un riesgo todavía mayor si no se realiza dentro de los parámetros adecuados a cada persona en particular (Amigo Vázquez et al., 1998). Por otro lado, existe una gran estigmatización que confunde muchas veces los mensajes entre los peligros de la obesidad, con mensajes negativos hacia los que lo padecen. Los educadores también discriminan con frecuencia a sus alumnos por desconocimiento del tema, excluyéndolos de la posibilidad de participar en algunos eventos, como los juegos escolares y equipos deportivos, situación que lleva a que más tarde sean los mismos niños los que intenten evitar la actividad física que, precisamente es fundamental para su buen desarrollo, tanto desde lo físico como desde lo psicológico y social (O'Dea, 2005).

Cabe destacar que también la educación física, en el caso de los niños, puede perseguir un objetivo dentro de un marco psicoterapéutico, que es lograr reestimar el deseo por un juego, como una actividad física de equipos, que es socializador y puede acortar caminos para una buena inserción en otros grupos no terapéuticos, como los escolares, para el despliegue de ciertas desinhibiciones corporales. La intervención verbal que lo acompaña, corta, concreta y dicha a tiempo, produce efectos muy potentes. Es importante mostrarle la relación entre el déficit de una habilidad, la evitación posterior de la actividad y la consecuente extinción del deseo. Muchas veces a través de la acción, que no siempre está mediada por el insight, se consigue un óptimo cambio de esquemas (Baringoltz & Levy, 2007).

En relación a la imagen corporal, la autoestima y la identidad, Zukerfeld (1996) asegura que existe una importante relación entre los tres conceptos, definiendo la imagen corporal como una estructura psíquica que incluye la representación conciente e

inconciente del cuerpo en tres registros distintos: forma, contenido y significado. La forma corresponde al esquema corporal y comprende todas las percepciones concientes de la dimensión, la postura, los movimientos y la superficie corporal. El contenido incluye la percepción de las sensaciones que incluyen las series hambre-saciedad, tensión-distensión y dolor-no dolor. En condiciones normales, continuando con este mismo autor, se da una fluidez libidinal entre los tres registros y se sostiene la autoestima. Así se conformaría la base que otorga la sensación de sí- mismo y de identidad, en la que la representación del cuerpo en tanto forma, contenido y significado ocupa un lugar central. Existen a su vez, controversias para definir qué se entiende como disturbio de la imagen corporal. Una manera de comprenderlo es ver dónde está puesto el énfasis en el discurso y en la conducta del paciente. Zukerfeld (1996) distingue tres tipos, el hecho común es una diferencia entre lo que el sujeto expresa y la realidad de su propio cuerpo. Los tipos perceptual, cognitivo emocional y social. El primero consiste en las distorsiones en la estimación de la superficie corporal y sus dimensiones. En el segundo, existen dos aspectos: el grado de satisfacción con la propia imagen, donde algunos pacientes manifiestan malestar en relación con su aspecto corporal. Tal sería el caso en donde, sin mostrar distorsión perceptual, la persona asigna otros nuevos adjetivos a la palabra “gorda”, por ejemplo, como fea, insoportable, etc., denotando un claro menosprecio de su imagen corporal. Lo que aquí se juega es la regulación de la autoestima. El segundo aspecto es el grado de registro de la interioridad corporal, que incluye las sensaciones de hambre y saciedad en la concepción de imagen corporal, ocurriendo con frecuencia que a la angustia se la confunda con el hambre. Por último, el tercer tipo es el social, y se trata de los modos de subjetivación de los ideales del cuerpo que la cultura ordena, que corresponde a una fantasía de adelgazamiento. “Delgada” es un término que puede ser parte de un encadenamiento semántico tipo “delgado-bello-erótico-exitoso” o “delgado-puro-perfecto-esquelético-inmortal”. Se habla de distorsión de tipo social cuando las expectativas de adelgazamiento son irreales, cualitativa o cuantitativamente. El autor resalta las tres manifestaciones clínicas alrededor de la noción de delgadez, destacando sus diferencias que aparecen en el discurso del paciente. Una de ellas la convierte en la condición subjetiva de existencia: ser es ser delgado y no estarlo es no ser, donde queda abolida la percepción de las señales de interioridad. En un segundo nivel, delgadez pasa a ser un concepto dentro de una ética singular, donde delgado es bueno y gordo es malo, predominando el pensamiento dicotómico. Finalmente delgadez puede ser condición subjetiva de belleza

de acuerdo con los valores estéticos de la clase media de la cultura occidental en la última mitad del siglo. El autor resalta, de estas clasificaciones, el valor que aportan a nivel del interés teórico y técnico. En primer lugar, desde lo teórico, relaciona cada tipo de distorsión a los componentes de forma, contenido y significado antes mencionado, donde el tipo perceptual sería la distorsión del registro de la forma, el tipo cognitivo-emocional, la del contenido, y el tipo social, la del significado. Al psicoanálisis le interesarían especialmente estos dos últimos, mientras que otras escuelas psicológicas operarían principalmente sobre las distorsiones de la forma o perceptuales. Aclara que los tipos no son casi nunca puros y que los trastornos de la imagen corporal son sólo un aspecto de la concepción de los trastornos del self. En relación al interés técnico, marca la importancia de discriminar cuál es el tipo de distorsión predominante en función de la estrategia terapéutica interdisciplinaria.

3.4.3. Nutrición

Muchas de las particularidades nutricionales, afirma Campillo Álvarez (2006), nos vienen dadas desde hace cientos de millones de años, pero las más interesantes son recientes, suceden desde hace unos diez millones de años, cuando iniciamos nuestro propio camino evolutivo. La alimentación contemporánea, según el autor, no está sincronizada con nuestros requerimientos genéticos. Los genes que regulan nuestras funciones son los mismos que poseían nuestros ancestros hace 40.000 años, pero nuestra alimentación es muy diferente. Si proporcionamos a esos genes, nutrientes extraños o en abundancia, funcionarán mal, ocasionándose enfermedades, especialmente cardiovasculares.

Según Ravenna (2008), la gordura en los niños fue identificada durante mucho tiempo como sinónimo de salud. Una de las ideas más fuertes asociadas a esta creencia es la que sostiene que se es una buena madre si se tiene al bebé gordito y bien alimentado, sin embargo, en ocasiones esto se traduce en el percentilo más alto en lo que respecta al peso que corresponde según la edad. La gordura es, junto con la delgadez extrema, un síntoma de mal nutrición. El percentilo más alto indica que el niño pertenece al grupo de los más gordos, y en muchos casos esto se acentúa en la pubertad y adolescencia.

En relación a esto, O'Donnell y Grippo (2005), proponen pautas generales para prevenir la obesidad en niños. Algunas de ellas son: una buena alimentación durante la gestación y un buen control prenatal; después del nacimiento de bebé, respetar sus sensaciones de hambre y saciedad; no forzarlo a comer si no lo desea; establecer pautas que hagan

gratificante el acto de comer; no usar la comida como premio ni como castigo. A medida que los niños crecen, ir estableciendo rutinas alrededor del momento de la comida, sin televisión ni otras distracciones; no exceder los 30 minutos en la duración de la misma; no ofrecerle nada entre comidas, no cambiarle el menú si rechaza el que se le ofrece; respetar siempre el apetito del pequeño. Entre los dos y seis años, ofrecerle un abanico de alimentos saludables, teniendo en cuenta que a partir de los tres años comienza la formación de hábitos alimentarios perdurables, para lo cual es fundamental el ejemplo de los mayores, ya que los niños copian lo que ven. Entre los siete y los doce años, animar a los niños a practicar ejercicio físico cada día y mantenerlo activo también en la casa, ayudando en las tareas y arreglos. A partir de los trece años, intervenir en la elección de lugares para comer, para evitar que sea siempre el elegido el de comidas rápidas, animarlos a realizar actividad física, o deportes alternativos como la bicicleta.

En líneas generales, según LeBow (1986), la dieta óptima para un niño incluye provisión de agua, macro y micronutrientes. Son micronutrientes los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas, y entre los micronutrientes se cuentan las vitaminas A, D, E y K (solubles en grasa), B y C (solubles en agua) y minerales (como el hierro y el calcio entre otros). Afirma, además, que un niño llega a ser obeso porque en algún momento ha pasado por un estado de desequilibrio energético positivo (lo que se produce cuando el ingreso excede al consumo y su causa suele ser la sobrealimentación), lo suficientemente importante y prolongado. El objetivo del tratamiento, concluye el autor, debe apuntar a que el niño coma menos, se mueva más o lo que es mejor, realice ambas cosas.

Superar las emociones negativas refugiándose en la comida, es otro de los desencadenantes de la gordura en los niños. Ravenna (2007), sostiene que algunos niños tienden a comer más cuando están tristes, estresados o aburridos.

Según otros autores, determinadas dietas que sólo ofrecen una mínima cantidad de calorías por día, producen una rápida pérdida de peso pero van acompañadas también del riesgo de provocar una excesiva disminución de tejido magro (Grande Covián, Varela & Conning, 1993). Por otro lado y siguiendo con estos mismos autores, el mantenimiento del peso alcanzado luego de una dieta, es una de las cosas más difíciles de lograr ya que, tras perder peso, se reducen los requerimientos energéticos, así que si el paciente vuelve a comer como lo hacía antes de la dieta, vuelve a su peso inicial antes de poder establecer un equilibrio.

Respecto a este punto, Ravenna (2006) afirma que, si bien es difícil en el caso del paciente obeso que ha logrado bajar una importante cantidad de kilos sostenerlo, se debe trabajar específicamente el logro en los grupos terapéuticos de mantenimiento, donde se trata el tema de los desvíos o atracones, para resignificar lo aprendido anteriormente.

Algunos autores sugieren para el tratamiento con niños, organizar los cambios dietéticos con la “técnica del semáforo”. Dicha técnica consiste en restringir los alimentos de alta energía (“rojos”), comer con moderación los alimentos con contenido en energía moderado (“amarillo”), y con “verde” se permite comer libremente los que son bajos en energía (Reilly & Wilson, 2006).

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado la observación, registro y seguimiento de la tarea llevada a cabo por el grupo de niños en el tratamiento de la obesidad y el análisis de las intervenciones de los profesionales que lo coordinaron. El trabajo fue descriptivo.

4.1. Muestra

La muestra estuvo integrada por 10 niños de ambos sexos, de entre 6 y 12 años de edad de clase media, la mayor parte de Capital Federal, que asistieron al grupo de niños para realizar un tratamiento integral de obesidad, en un centro terapéutico especializado en el tratamiento para la obesidad y otros trastornos alimenticios, durante 4 meses, sin sus padres.

Se trató de un grupo abierto, ya que el ingreso y egreso de pacientes fue continuo. La coordinación de dicho grupo estuvo a cargo de una Psicóloga, una Nutricionista y una Profesora de Educación Física. Los encuentros se efectuaron los días viernes de 17 a 18 horas y la dinámica diferenciaba claramente cada sesión en dos partes, una de psicoterapia, asumida por la Psicóloga, y otra de Educación Física llevada a cabo por la docente y la Nutricionista, consistente en juegos de equipos, en su mayoría con inclusión de materiales.

4.2 Instrumentos

El instrumento fundamental fue la observación no participante del grupo de niños con toma de registro de sesiones a modo de una crónica. Asimismo se realizaron entrevistas semidirigidas a la terapeuta, a la profesora de Educación Física y a la Nutricionista a

cargo, con el fin de obtener información acerca del plan de trabajo y los objetivos que se perseguían a través de las actividades propuestas.

4.3 Procedimiento

Los datos para la realización del trabajo se obtuvieron durante la observación de cada encuentro del grupo de niños en la institución, con el registro de las actividades e intervenciones presenciadas.

Los criterios de admisión, así como los objetivos perseguidos y demás información pertinente para su realización, fueron recogidos mediante las entrevistas mencionadas.

Las sesiones estuvieron a cargo de los profesionales de la clínica. Se observaron las tareas llevadas a cabo por ellos, así como las intervenciones realizadas por la terapeuta, la Nutricionista y la Profesora de Educación Física, y se tomó registro en forma escrita.

5. DESARROLLO

5.1. Criterios de admisión

La familia que llega al centro para informarse acerca del tratamiento de obesidad para niños, es atendida por el personal de recepción, invitando al niño a participar del grupo que tiene lugar los días viernes a las 17 hs. De esta manera se le ofrece la posibilidad de experimentar una sesión grupal, sin necesidad de haberse inscripto previamente. Una vez que el paciente se incluye al grupo como tal, comienza el tratamiento, que se inicia con entrevistas con los profesionales que coordinan dicho grupo, tanto con el niño como con su familia. La primera de ellas, se lleva a cabo con la psicóloga. Si el niño es menor de 12 años, participa de la misma junto a sus padres, si no, se efectúa por separado, comenzando él con una sesión individual, para dejarles luego el lugar a sus padres a solas con la profesional. Luego tienen una entrevista con el médico, en donde el niño es evaluado clínicamente, haciéndole estudios de laboratorio, peso y talla, etc. Finalmente, la historia del paciente es completada con la entrevista con la nutricionista, quien le hace una anamnesis alimentaria para indagar acerca de los hábitos alimenticios familiares y obtener más datos relacionados con la frecuencia de consumo, gustos, estilo de vida familiar en relación a la alimentación, etc. (véanse Anexos A Y B, ítems 1 y 2).

Los criterios de admisión de dicho centro, no establecen como condición necesaria que el niño tenga un diagnóstico de obesidad, dado que el objetivo básico del tratamiento es el de brindar un espacio de contención, prevención y psicoeducación a través del juego,

en un marco psicoterapéutico entre pares, coordinado por profesionales, con seguimiento familiar e individual periódicos (Véase Anexo A, ítem 13).

Si se tiene en cuenta que no hay aún una definición normalizada de obesidad infantil que se pueda aplicar en todo el mundo (OMS, 2007) y que clínicamente se considera que un niño es obeso cuando su peso es un 20 % mayor que su peso ideal, el IMC se utiliza con el fin de obtener un dato más de cómo se encuentra el desarrollo del niño según su edad y talla, sirviendo como referente a la hora de evaluar el tratamiento.

Por otro lado, en el caso de los niños fundamentalmente, no son ellos los que buscan una ayuda terapéutica, sino que, generalmente son llevados por sus padres, o a través de la sugerencia por parte de la escuela donde concurren o del médico pediatra que los atiende. Como sostiene Roca Perara (1998), la psicoterapia infantil, no puede explicarse como la psicoterapia de un niño psicológicamente alterado, sino que con mucha frecuencia es la expresión de un contexto familiar, escolar y comunitario también alterado. De modo que los contextos educativos y familiares son altamente determinantes de su conducta, por lo que es necesario visualizar, en el proceso terapéutico, no sólo al niño sino también al medio en el que éste se desenvuelve. El tratamiento que se ofrece en dicha institución, contempla para este fin, entrevistas individuales con los padres de los pacientes y también reuniones de grupo de padres cuatrimestrales, en las que participan las familias junto a sus hijos y los profesionales que trabajan semanalmente con ellos. El objetivo de estas últimas, es que los padres se involucren en el tratamiento de sus hijos y que éstos a su vez, puedan ver facilitada una vía de comunicación respecto al problema que los aqueja, en donde se promueve el intercambio de ideas, las alternativas de conductas presentadas como un cambio que ofrezca soluciones a los conflictos, especialmente de los hábitos familiares de alimentación y conducta (véanse Anexos A, ítem 7 y B, ítem 6).

Con frecuencia varios miembros de la misma familia tienen problemas de peso (Ravenna, 2007). Es así como muchos de los pacientes que acuden al grupo de niños en este Centro Terapéutico, son hijos de pacientes que concurren a los de adultos o que ya han pasado alguna vez por la institución (Véase Anexo A, ítem 13).

5.2. Actividades programadas para el grupo de niños

5.2.1 Psicoterapia cognitiva- conductual

Los niños se incorporan al grupo a medida que van llegando al centro, portando, en el caso de los que concurren por primera vez, una credencial que indica que son invitados. Los padres los acompañan, en todos los casos, hasta la puerta del salón donde se lleva a cabo la psicoterapia grupal, pasándolos a buscar al finalizar la misma.

Antes de cada encuentro y al llegar al centro, por lo general son pesados en los consultorios que poseen balanzas para tal fin, registrando el dato en la planilla de los profesionales que los atienden, además de su ficha clínica. En caso de no llegar a tiempo, ésta acción es realizada al finalizar la actividad.

Cada encuentro se abre, luego del saludo inicial, con la lectura del peso de cada uno de los presentes y, mediante algún comentario por parte de la Psicóloga en relación al mismo (si subió, se mantuvo o bajó en comparación con el último registro), se da comienzo a la actividad que se lleva a cabo a través del diálogo principalmente, en esta primera fase de cada sesión.

Los niños se muestran atentos a estos comentarios, dando explicaciones en los casos en los que no se obtuvo el descenso esperado de la última semana. De esta manera se abre el intercambio de ideas y experiencias, que es motivado por la terapeuta en busca de la participación de todo el grupo, invitándolos a opinar, en primer lugar con la autorreflexión de cada niño, al pedir que cuente al grupo porqué cree que sucedió su modificación o no del peso anterior, para luego plantear temas comunes a la mayoría de los participantes, que surgen de manera espontánea. Los niños escuchan atentamente a sus compañeros de grupo, apoyando o refutando con firmeza muchas veces lo que oyen. Según Caro (2003), un método básico en la terapia cognitiva, es el de la autoobservación, mediante el cual el paciente logra observar su experiencia más inmediata y acceder a cómo organiza su significado personal.

En dicha autoobservación, como lo plantean Reynoso Erazo y Seligson Nisenbaum (2005), se espera que pueda ir descubriendo por sí mismo el papel perturbador de sus pensamientos mientras considera también otras interpretaciones.

Caro (2003), también establece una similitud y una diferencia entre las prácticas cognitivas modernistas y las posmodernistas, destacando que para ambas lo que el paciente dice no es más que una narrativa, una historia, nunca una representación real de la experiencia. Pero la diferencia está en el papel del terapeuta, que en el primer caso consiste en ayudar al paciente a aclarar las cosas para lograr una mayor comprensión de la realidad, mientras que para los posmodernistas, no existe ninguna realidad afuera que deba ser descubierta, cambiando simplemente los marcos de referencia del paciente o

manipulando significados, para ofrecerle interpretaciones alternativas que ayuden, en todo caso, a ampliar sus significados.

En relación a las actividades propuestas, se presenció también en una oportunidad, un rol-playing, que será retomado para su descripción en el apartado correspondiente al análisis de las intervenciones del terapeuta.

Seguido del espacio de intercambio con la Psicóloga, el grupo es invitado a participar de un juego. Éste es llevado a cabo por lo general, por la profesora de Educación Física, alternado en ocasiones por el de la Nutricionista. Ambas se encuentran presentes desde el comienzo, participando si así lo desean, en el diálogo que se establece al principio de cada encuentro junto con la terapeuta.

5.2.2. Actividad Física

El juego es explicado por la Profesora de Educación Física a través de una consigna clara y sencilla. Generalmente se plantea en equipos, con la inclusión de materiales tales como, pelotas de distintos tamaños, globos, aros, sogas y/o bolsitas rellenas. El grupo en general se muestra muy entusiasmado en este segundo momento del encuentro, aceptando con agrado cada propuesta hecha por ella. En ocasiones se desorganiza, planteándose disputas por los materiales o por el comportamiento de los más chicos, y esto es manejado por la profesora a través del silbato o del uso fuerte de su voz. Los niños por lo general, respetan los límites o las señalizaciones de la docente, quien a su vez, muestra un buen dominio de grupo, y entre ellos se percibe la existencia de un buen vínculo.

Una vez planteada la consigna, la profesora reparte el material en el caso de que lo hubiera y, al dar la orden comienza el juego. Inmediatamente se crea un clima de alegría y amistad, resaltándose la importancia que tiene el juego en la infancia. El juego es una conducta innata, con funciones evolutivas de adaptación y supervivencia. Tiene propiedades terapéuticas que favorecen cambios cognitivos y conductuales, siendo, a la vez que un medio, un fin terapéutico en sí mismo (Bunge et al., 2008).

Esta instancia del encuentro grupal, tiene una duración de aproximadamente media hora, dividiendo de esta manera, el encuentro en dos partes. Durante la misma se visualizan fases que tienen relación con la alternancia de: el cuerpo en movimiento; como correr, saltar, hacer rebotar la pelota, lanzar, caminar en distintas velocidades y/o para atrás, para adelante o junto a un compañero, hacer rondas, filas, etc.; y la relajación (véase Anexo C, ítem 5) . Se trata de incluir en el plan de tratamiento, además de las

prácticas físicas para el gasto de energía recomendable, la promoción de una vida saludable, el gusto por la actividad física, la solidaridad y el compañerismo (Ravenna, 2007).

La relajación también es dirigida por la docente, quien va guiando la respiración y postura corporal mediante consignas lentas y pausadas, que invitan a los niños a cerrar los ojos, e ir paulatinamente buscando imágenes que lo lleven a la calma.

Al finalizar el juego los niños se despiden de las profesionales y en algunos casos, como se mencionó anteriormente, son acompañados a los consultorios para pesarse, mientras que en otros, mantienen sus padres alguna conversación con alguna de ellas.

5.2.3. Actividad programada con la Nutricionista

Esta propuesta es alternativa a alguna de las otras dos, siendo muchas veces planteada junto con la Psicóloga, como una instancia relacionada a la psicoeducación, un modo de brindar a los niños información, generalmente a través del juego, en referencia a los modos de alimentación que lleven a lograr un estilo de vida más sano (Véase Anexo B, ítems 4 y 5).

En estos casos, el juego fue utilizado como un medio para implicar a los niños en nuevos hábitos alimenticios, ampliando sus repertorios de saberes previos. En ocasiones por ejemplo, a través de distintas verduras guardadas en una caja, los niños sin mirar tuvieron que, a través del tacto, describir a sus compañeros de equipo, las características más sobresalientes para ellos de lo que tocaban, guiándolos a que el resto adivine de qué tipo de verdura se trataba. Así, con la excusa de sumar más puntos para su equipo, se esforzaban en otorgar verbalmente a sus compañeros, cualidades que poseían dichas frutas o verduras según el caso, reforzando para sí mismos y para los demás, los beneficios que éstas tienen en una buena alimentación.

Otra de las actividades propuestas por la Nutricionista, fue la de, también distribuidos en dos equipos, escribir en una pizarra alimentos como frutas o verduras que comiencen con determinada letra, al estilo del tradicional juego “tutifruti”, condicionados por el tiempo que al otro equipo le llevaba terminar su lista. Siempre al concluir cada actividad, se invitó a los niños a comentar e intercambiar opiniones, reforzando los conceptos que se pretendían resaltar.

Muchas veces fue la Nutricionista la que llevó adelante la conversación disparada a partir de conocer el peso de la semana transcurrida hasta el encuentro del grupo, en

presencia o ausencia de la Psicóloga. Se ha podido observar, en estas ocasiones, que la misma fue guiada más a lo puntualmente relacionado con el tipo de alimentación, así como a brindar más información respecto a las preguntas de los niños en torno a lo que se puede o debe comer para no aumentar de peso. En los diálogos que se han producido con ella, por lo general también participaba la profesora, introduciendo aspectos positivos de la actividad física tales como la importancia de hacer algún deporte, o la de participar activamente de las clases de educación física del colegio, entre otras. Ambas también promocionaban actividades propuestas por el mismo Centro Terapéutico, como caminatas para adultos planificadas para los días sábados a las 8 de la mañana, invitándolos a participar junto a sus familias.

Muchas veces los niños se quejaron por el deseo de comer golosinas como chicles o chocolates. En estas ocasiones la Nutricionista les informó de la cantidad que existen actualmente que sí tienen permitido comer, como pastillas sin azúcar, etc; lo mismo que la importancia de no comprar en el kiosco por impulsos, sino tomarse 5 minutos para evaluar lo que van a comprar. A esto le sumaban que la mayoría de las abuelas, según sus dichos, les regalaban tortas o golosinas que los tentaban mucho o incluso las comían delante de ellos sabiendo que no les estaba permitido por la dieta de bajas calorías.

Según Bunge et al. (2008), en la clínica infanto-juvenil, debido a que suelen estar implicados en el problema miembros de la familia, escuela, etc., es importante considerar qué información se da a cada quien, con qué fin y de qué manera, así como también evitar la culpabilización, resaltando los recursos que cada uno tiene, favoreciendo la participación activa en el tratamiento, pudiendo diferenciar el trastorno a tratar de la identidad del niño y/o adolescente.

5.2.4. Tipos de intervenciones

En la apertura de cada encuentro, como ya se relató, cada participante del grupo escucha su peso del día, que es mencionado por la Psicóloga o por la Nutricionista, y luego de justificar de alguna manera el mismo, recibe también de sus propios pares los comentarios que en ellos suscitan.

Nezu, et al. (2006), postulan el beneficio potencial de un enfoque de tratamiento en grupo y que es que permite una oportunidad de obtener retroalimentación social, compañerismo y reforzamiento de habilidades, entre otras. De esta manera se pudo comprobar la alegría que provoca en el niño el ser alentado por sus compañeros del grupo cuando han conseguido bajar el peso de la semana anterior, relatando con mayor

optimismo las causas que le adjudicaban a sus logros. Estos a su vez, eran tomados en cuenta por el grupo como un efecto de modelado. En este último caso, es lícito mencionar a León Rubio y Alzano (1998), quienes apuntaron a la distinción que estableció Bandura acerca de la diferencia entre el aprendizaje observacional y la imitación, aclarando que no se trata sólo de copiar la conducta ajena, sino de extraer reglas generales acerca del modo de actuar sobre el ambiente y la posibilidad de ponerlas en práctica cuando con ellas se puede obtener el resultado deseado.

Es de destacar lo que surgió en una oportunidad en el diálogo establecido entre la Psicóloga y el grupo a partir de un comentario de una de las niñas, y lo que se desencadenó con la intervención de la terapeuta. Los niños relataban en forma ordenada cada uno lo que había vivenciado en la semana, cuando una de las participantes comenta que su papá era pelado y que a ella no le gustaba tener un papá así. La intervención en cuestión, consistió en preguntarle a la niña si ella prefería que fuera gordo en lugar de pelado, a lo que uno de sus compañeros respondió que prefería que fuera pelado. Aquí es necesario mencionar que el padre de dicha niña, era paciente obeso de la clínica y que concurría habitualmente al grupo de adultos. En ese momento, la Psicóloga les dijo: “acá no somos pelados, somos gordos”. Dicha intervención despertó desagrado en el grupo, con comentarios diversos, a lo que la terapeuta respondió que no había que tenerle miedo a las palabras y que esa era una realidad del grupo en ese momento, que ella sólo estaba describiéndola. Luego de esto, agregó: “pónganse las pilas si no quieren estar así, acá hay varios casos de obesidad”. Seguidamente les preguntó por qué razón concurrían ellos al tratamiento, a lo que los niños le respondieron “a aprender a comer”. El clima generado fue fácilmente perceptible como de enojo por parte del grupo, pero en ese momento y con la Profesora de Educación Física, comenzaron el juego previsto. A la semana siguiente, y luego del saludo y de pasar el registro de peso de cada uno de rutina, una de las niñas que había quedado muy molesta del viernes anterior, retomó el tema diciendo que a ella no le había gustado que les dijeran obesos. En esta oportunidad, la conversación con el grupo fue llevada a cabo por la Nutricionista, no encontrándose presente la Psicóloga. La doctora les preguntó cómo había sido la charla que habían tenido, viendo que cada uno comentaba algo al respecto y de esa manera fueron reconstruyendo entre todos el tema, que se notaba que los había dejado preocupados. Surgió por ejemplo, que ninguno sabía muy bien qué significaba obesidad y que lo tomaban como un insulto. Para ellos, obeso era la persona sumamente gorda (y

remarcaban esta cualidad con notable desprecio), que casi no podía moverse o caminar y ellos no se sentían reflejados con ese concepto.

En la sensación de sí- mismo y de identidad que se va conformando a lo largo del desarrollo, según Zukerfeld (1996), la representación del cuerpo en tanto forma, contenido y significado, ocupa un lugar central. En los trastornos de alimentación se ponen en juego la autoestima y el sentimiento de identidad, que se apuestan de forma absoluta al cumplimiento del ideal que la cultura ofrece. Una de las manifestaciones clínicas que destaca este autor en torno al concepto de delgadez, dentro de una ética singular del paciente, surge de la atribución que le otorga a dicho concepto, en donde delgado es bueno y gordo es malo, predominando el pensamiento dicotómico. El concepto de delgadez puede ser condición subjetiva de belleza de acuerdo con los valores estéticos de la clase media de la cultura occidental en la última mitad del siglo.

Retomando la situación que se había establecido ese día en el grupo descripta anteriormente, la intervención estuvo dada por la información que ofreció la Nutricionista luego de escuchar lo que los niños opinaban. La misma apuntó más visiblemente a lo que se denomina Psicoeducación, ya que fue expuesta en términos explicativos acordes a la edad de los niños acerca de la problemática que los aquejaba, pero conteniendo a la vez al grupo, en una relación de empatía y tratando el tema con optimismo, vale decir, brindando información también de cómo estaba pensado el tratamiento para lograr el éxito buscado.

De acuerdo a lo observado y registrado de las intervenciones mencionadas en el punto anterior, se hace necesario retomar el concepto del rol del terapeuta cognitivo-conductual de niños, al que algunos autores refieren como primordial la adopción de una postura activa que cumple diversas funciones, recalcando su papel de colaborativo con el paciente en la búsqueda de soluciones, proveyéndole de estrategias que promuevan el aprendizaje de habilidades cognitivas y comportamentales (Bunge et al., 2008). Sostienen los mismos autores además, que en los casos en que no se cuenta con un trastorno sino con un problema, es de fundamental importancia conocer y comprender las creencias y pensamientos que el niño tiene de sí mismo y de los demás.

Otra situación que merece ser resaltada, es la participación en el grupo de un niño de 7 años que no padece de obesidad ni sobrepeso, pero que fue llevado por su mamá que es paciente obesa del Centro y que manifestó tener mucho temor de que a su hijo le pasara lo mismo si no le enseñaban a comer debidamente. En este caso en particular, primero se intentó hacerle comprender a la madre del niño que no era necesario incluirlo en un

plan de adelgazamiento ni en un grupo terapéutico, pero, ante la insistencia de ella, se le sugirió que lo llevara cada 15 días solamente (véase Anexo A, ítem 18).

La intervención de la Psicóloga ante algunas resistencias del niño en cuestión, a participar de los diálogos o hacerlo sólo para comentar cuántas calorías tenía determinado alimento, fue la de invitarlo a que delegara en la nutricionista todo lo relacionado a su peso y la propuesta de enseñarle a que aprenda a comer sano. En dicha intervención se pudo percibir el alivio del niño, pese a que volvía sobre el asunto de las calorías en algunas ocasiones ya que se mostraba por demás informado en esta temática. Él mismo intentaba autocorregirse, cambiando su discurso cuando notaba que continuamente relataba los valores calóricos de lo que había consumido. La TCC en niños considera que en el modo de significar la realidad, se encuentran involucrados el pensamiento y las emociones que afectan la conducta. Estas significaciones, se construyen históricamente y son la resultante de una regulación recíproca entre el niño, su familia y el contexto más amplio (Baringoltz & Levy, 2007). Se percibió que este niño había ido conformando alrededor de la temática de nutrición, una significación acorde a lo que para su madre representaban las calorías, según su propia enfermedad de obesidad.

Lo descrito anteriormente también se puede articular con la terapia racional emotiva de Ellis, que sugiere que los problemas del paciente derivan de distorsiones cognitivas, por lo que el objetivo estaría puesto en lograr que pueda reemplazar los esquemas maladaptativos o por lo menos que pueda tener un mayor control sobre los mismos.

En relación a las creencias irracionales y volviendo a Ellis, puede apreciarse, como él mismo sostiene, que la tendencia de la gente a aprenderlas con facilidad y a retenerlas de forma rígida como normas, comienza en la infancia, para luego en la adultez sobregeneralizarlas y transformarlas en disfuncionales y dogmáticas. En lo observado, en relación a que el niño pudo paulatinamente modificar en el transcurso de las sesiones, lo que antes hacía en forma constante, que era calcular las calorías de los alimentos antes de consumirlos, pudo notarse lo que se considera el entrenamiento por medio de autoinstrucciones de Meichenbaum, que es que luego de obtener una guía externa, el mismo niño puede regular y reforzar positivamente sus planes y acciones hablándose en voz alta, para luego sustituir esto por un habla interior, consiguiendo de esta manera modificar su conducta disfuncional.

Es en este mismo caso también donde puede observarse lo planteado por Minuchin y Fishman (2004), al decir de las familias de pas de deux, como ellos mismos nominan a

las compuestas por dos integrantes solamente, (en el del niño antes mencionado, justamente se trataba de una madre soltera que convivía únicamente con él), donde muchas veces una estructura semejante, afirman los autores, es proclive a una dependencia casi simbiótica, haciendo que las interacciones entre ellos, promuevan en el menor un interés por los temas de los adultos antes que sus coetáneos.

Uno de los temas que con más fuerza surgió a lo largo de este período, fue el de los cumpleaños, que los niños vivenciaban con temor a caer en la tentación de comer sin poder ajustarse al plan de alimentos permitidos para el descenso de su peso. En estos casos, la participación del grupo al explicitar sus opiniones al respecto, denotaba unión al compartir pensamientos y sentimientos semejantes entre ellos. Tal como fueron mencionados con anterioridad, entre los principios que subyacen en la terapia cognitiva-conductual, se encuentran los relacionados con la importancia de conceptualizar las dificultades del paciente en términos de sus pensamientos, su conducta problemática y los factores que las desencadenan. Es ésta una tarea de psicoeducación, que promueve en el paciente la identificación de los pensamientos que provocan sentimientos perturbadores para él, y que permiten la elaboración de alternativas más funcionales (Beck & Clark, 1997). Las intervenciones de la Psicóloga en dichos temas, (así como también en otros casos lo fue la participación a los campamentos del colegio, que suscitaban en ellos los mismos miedos); fue la de indagar qué ideas tenían los niños respecto a esto, para socavar en los sentimientos que aquellos les generaban, promoviendo la construcción grupal de alternativas más funcionales. Algunas de ellas fueron, las de comer antes o después del cumpleaños, llevarse la vianda, elegir de todo lo expuesto lo menos calórico, o simplemente rescatar el juego como lo más atractivo de la fiesta, desviando la atención focalizada en los alimentos. El refuerzo positivo muchas veces se producía entre ellos mismos, cada vez que eran alentados en las opciones más productivas por sus propios pares. Tal como sugiere Bandura, también las personas pueden influirse contingentemente a sí mismas, y al destacar la influencia recíproca, también resalta el valor de los refuerzos percibidos y no sólo reales (Caro, 2003).

En relación a los pensamientos automáticos, concepto introducido por Beck, quien propone llegar a ellos por medio de la indagación sistemática de las ideas que preceden, acompañan o siguen a un estado emocional problemático; es importante instruir al paciente en poner atención en ellos inmediatamente después de una vivencia emocional (Semerari, 2002). En esto la intervención observada de la Psicóloga, tuvo que ver con la pesquisa de aquellos sentimientos que les provocaba la burla de los compañeros del

colegio, tema que también estuvo en el tapete de varias sesiones, proponiéndoles a los niños hablar de lo que pensaban y sentían al recibir dichas burlas. Con respecto a este tema, es necesario resaltar, como sostiene Zukerfeld (1996), la relación que existe entre la imagen corporal y la autoestima e identidad, ya que en situaciones como estas es donde más se veía socavada la autoestima por parte de los niños. Teniendo en cuenta que a la imagen corporal, dicho autor la define como una estructura psíquica que incluye la representación del cuerpo en sus tres registros que son, la forma, el contenido y el significado; fue posible observar la distorsión en relación a la percepción de la serie hambre-saciedad, en lo que al contenido se refiere. En muchas ocasiones la serie antes nombrada fue el nódulo de debates generados a partir de lo que para ellos implicaba la sensación de saciedad. Frente a la tentación de seguir comiendo, a veces en forma compulsiva, no se reparaba en el estado de saciedad, sino en el deseo de obtener el placer inmediato que lo consumido otorga. En palabras de uno de los pacientes del grupo, de 6 años de edad, al ver la torta del cumpleaños de la fiesta a la que había concurrido, tuvo la sensación de querer zambullirse de cabeza en ella. Pero las consecuencias de esta conducta compulsiva, a su vez, y continuando con lo expresado por Zukerfeld, se encuentran en contradicción con lo que la cultura ordena, que es precisamente la del cuerpo delgado como sinónimo de otras cualidades atribuibles a la delgadez, como los son muchas veces las cualidades de belleza, éxito u otras del estilo, lo que conduce a la fantasía de adelgazamiento que, en forma de círculo vicioso, lleva al menoscabo de la autoestima.

Otro de los temas centrales, fue la idea que los niños tenían acerca de las demás personas, en particular de aquellas que ellos percibían como delgadas. Por lo general se pudieron detectar pensamientos o creencias disfuncionales, tales como la injusticia que resultaba del hecho de que muchas personas conocidas por ellos, eran flacas a pesar de que comían de todo y en grandes cantidades. Aquí la intervención consistió en la confrontación de ideas, como proponen Beck y Ellis, con el fin de que los mismos niños vean refutadas sus hipótesis, al ponerlas en análisis para su verificación.

En relación a los premios y castigos, base de una terapia conductual, el reforzamiento estuvo dado por premiar al niño que mostraba en su planilla de registros un descenso constante y esperable según el plan propuesto por la Nutricionista. El mencionado premio tuvo que ver con la elección de una comida preferida por el niño y de un día de la semana en que le gustaría darse ese gusto, y fue aceptado con entusiasmo al sentirse halagada la niña que lo obtuvo. En relación a las contingencias mencionadas por

Bandura, se vio plasmada la fuerte influencia que los hábitos familiares respecto de la alimentación tienen para con los más chicos. En los diálogos mantenidos por el grupo, tanto con la Psicóloga, como con la Nutricionista, uno de los ejes principales tuvo siempre alguna relación con éstos. Como sostiene Ravenna (2006), si bien una de las causas de obesidad infantil tiene relación con la herencia o con los genes, éstos sólo establecen una susceptibilidad al aumento de peso, tomando a la herencia en el sentido de los hábitos instalados en una familia, que son pasados de generación en generación, o por lo menos, de padres a hijos.

5.2.5. Intervenciones que apuntaron al desarrollo de las habilidades y al entrenamiento de competencias sociales.

Los temas que surgían espontáneamente en cada encuentro, luego de la rutina establecida ya comentada, solían tener relación con las vivencias personales de los niños, tanto de la escuela como de sus grupos familiares. Es así como se trataron temas tales como, celos por los hermanos, burlas de los compañeros de clase por el sobrepeso, la comida que se servía, tanto en cumpleaños como en pijamas parties y/o campamentos; golosinas que deseaban o que sus abuelos les regalaban, fiestas variadas y el enojo que les provocaba ver que no habían bajado de peso en los últimos días. Los mismos eran trabajados a partir del modelo de terapia cognitiva-conductual para niños, habiéndose observado más específicamente el uso de los reforzamientos positivos, el modelado, la identificación de pensamientos o creencias disfuncionales y la reestructuración cognitiva.

Según Bunge et al. (2008), en TCC para niños, las principales líneas de abordaje en la actualidad son:

- Las que trabajan con los contextos familiares y educativos; los factores reforzantes de la conducta, en orientación a padres.
- Las que trabajan junto al niño utilizando la técnica del autocontrol, para el desarrollo de las funciones cognitivas.
- Las que promueven la resolución de problemas en entornos conflictivos.

En la práctica clínica con frecuencia se integran componentes de las tres líneas mencionadas, según estos mismos autores; a la vez que destacan la importancia del entrenamiento en habilidades sociales que tengan en cuenta básicamente los problemas que pueden surgir en la socialización, especialmente en el contexto escolar a través de burlas, exclusión del grupo de pares, falta de asertividad por parte del niño, etc.

Con respecto a las habilidades sociales y entrenamiento de competencias, en plan de realizar con los niños la mencionada psicoeducación, cabe destacar que, sumadas a otras ya descritas a lo largo del presente trabajo, algunas intervenciones tuvieron una relación más directa con estos temas, ya que las actividades de juego se realizan en TCC con niños para comunicarse de un modo más propicio y para que el niño conciba el ambiente terapéutico como un lugar seguro. La diferencia con otros enfoques está puesto en el tipo de actividades promovidas, así como en el establecimiento de metas terapéuticas y las estrategias para llevarlas a cabo. En esto, mucho tienen que ver el posicionamiento más educativo y directivo por parte del terapeuta. En relación al modo de tratar los pensamientos automáticos de los niños, es primordial concebir éstos como ideas que dan lugar a diversas interpretaciones que cada uno realiza de las situaciones que les fue tocando vivir y que influyen en el estado anímico del niño. Psicoeducar al paciente dentro del enfoque de tratamiento terapéutico cognitivo-conductual, consiste básicamente en entrenarlo en el reconocimiento de los nexos entre los factores que mantienen el problema. La información que se pretende transmitir, debe ser aprendida por el niño, primero a través de actividades de juego como los ya mencionados, para luego deducir la interrelación entre los sucesos. Guiarlo es ayudarlo a comprender lo que pensó e interpretó respecto a las situaciones problemáticas para que visualice también las correspondientes consecuencias afectivas y conductuales. El siguiente paso, que corresponde a la reestructuración cognitiva, así como en la terapia de adultos, consiste en, y luego de haber identificado previamente los pensamientos disfuncionales, la promoción de alternativas más flexibles y adaptativas.

Es también principalmente a través del modelado de técnicas de afrontamiento comportamentales, que se puede entrenar en la asertividad y habilidades sociales. Si un niño se siente burlado o rechazado por sus compañeros, puede manejar sus relaciones sociales guiado por sus emociones, que en estos casos pueden verse teñidas de ansiedad, enojo o tristeza. La práctica o entrenamiento en habilidades sociales lo ayudará a mejorar sus relaciones (O'Dea, 2005).

En estos casos, la intervención consistió en la puesta en palabras de lo que sentían los niños y de cómo habían surgido las burlas, analizando el contexto, los pensamientos que provocaron y la emoción que la acompañó. Seguido del relato, la terapeuta propuso un rol playing de la situación, invitando a los niños a representar los distintos roles, focalizándose en la problemática de la burla y en las estrategias utilizadas por los niños para resolver la situación problemática. Al finalizar la representación, los niños fueron

invitados a evaluar las estrategias empleadas analizando si les fueron útiles o no. En este momento de la sesión fue que, juntos, crearon alternativas que mejorasen el desempeño en relación al objetivo perseguido.

El enojo que despertaba en los niños las situaciones relatadas, fue trabajado a su vez, como mecanismo o modo de interacción, para desarticular las trabas que impedían mantener, fuera del contexto terapéutico, una buena relación con sus pares.

Muchos niños no diferencian emociones tales como la tristeza, el aburrimiento o el enojo. Por eso es primordial reconocerlas y nombrarlas para luego ocuparse de otros aspectos. Tal fue el caso de una niña que relató una experiencia de enojo intenso cuando, luego de conocer su peso, y no habiendo obtenido el descenso esperado por “hacer las cosas bien”, llegó a su casa y destruyó sus muñecas, descargando la ira acumulada por un gran sentimiento de frustración, que no había podido ser canalizado de un modo más positivo y efectivo para ella. La niña mencionada relató el hecho con una sonrisa, expresión que no acompañaba sus verdaderos sentimientos ya que, además, lo había resuelto en soledad y con la triste consecuencia para ella, dada su edad, de ver arruinadas sus muñecas.

Por otro lado para identificar los pensamientos automáticos, al ser éstos tan rápidos y difíciles de percibir, es necesario orientar a los niños en la detección de los autodiálogos e imágenes que puedan surgirles. Para el control de enojo, primero se le puede explicar al niño que éste sirve en muchos casos, como una alarma que nos avisa que estamos viviendo situaciones injustas o que nuestras necesidades no están siendo tenidas en cuenta. Luego se le recomienda resolver el problema, pedir cambios, o hacer acuerdos con la otra persona; ya que descargarse a través del enojo puede tener un alivio momentáneo, pero que a largo plazo puede empeorar la situación. Se puede implementar un ejercicio para reconocer las posibles señales de alarma, pudiendo dibujarlas y/o escribirlas en un listado (LeBow, 1986).

Para finalizar, Bunge et al. (2008), establecen las premisas respecto del comportamiento de los niños y los adolescentes, a tener en cuenta. Estas son:

- Que entienden mejor las consecuencias que las razones.
- Las consecuencias sientan precedentes para futuras conductas
- Que una conducta se repita o se extinga, depende en gran medida de sus consecuencias.
- Consecuencias positivas por conductas positivas aumentan su frecuencia.
- Consecuencias negativas por conductas negativas disminuyen su frecuencia.

- Las consecuencias positivas suelen ser más eficaces para el cambio que las negativas.

El entrenamiento en habilidades sociales tiene su base en la teoría del aprendizaje social de Bandura, aunque también se nutre de muchas fuentes, como la psicología social, la antropología, la sociología, etc. (León Rubio & Anzano, 1998). Los mismos autores sostienen que una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa, implica la especificación de tres componentes de la habilidad social: una dimensión conductual (referida al tipo de habilidad), una dimensión personal (como las variables cognitivas), y una dimensión situacional (contexto ambiental). Además, sugieren que el individuo lleva también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, expectativas, capacidades cognitivas, esquemas, etc. y que éstas pueden ser el elemento básico a modificar cuando la conducta interpersonal es inadecuada.

En referencia a esto último, es necesario destacar que las intervenciones observadas a lo largo del período, tuvieron en cuenta, en líneas generales, todas las variables mencionadas.

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Vivimos en un mundo que, por un lado promueve la delgadez y la belleza como sinónimos de éxito y poder pero que, por otra parte, invita a la desmesura y al descontrol como síntoma de felicidad. Esta paradoja no es la única que habita en la sociedad moderna. Una de las consecuencias de las crisis, tanto en Argentina como en otros países del mundo, es la desnutrición, producto de una mala alimentación. No obstante, la obesidad y el sobrepeso forman parte también de una mala nutrición que muchas veces tienen su asidero en la misma problemática social, con el costo de sufrir una desnutrición proteica, ya que a diferencia de la alimentación tradicional que contenía cereales y hortalizas, actualmente la misma está cambiando por otros alimentos con gran contenido de grasas y azúcares simples. Pero la alimentación no es el único factor que conduce a la obesidad, como se vio a lo largo del presente trabajo. Siendo una enfermedad policausal, muchos factores se entretajan para conformarla, es por eso que se torna imprescindible la creación de programas de prevención que promuevan hábitos de vida saludables e incluyan la necesidad de una alimentación completa y balanceada donde el alimento cumpla un rol nutricional, así como también la promoción del ejercicio físico cotidiano.

Retomando el concepto de descontrol y desmesura que parecería ofrecer felicidad inmediata en los tiempos de la actualidad; en la obesidad el descontrol o el exceso de ingesta se puede articular con la falta de límites en un sentido más amplio. En relación a esto, y aunque es sabido que los límites son necesarios para todos los seres humanos, se resalta aún más su importancia en la infancia, ya que es la etapa en donde se asientan las bases que favorecerán o no un mejor desarrollo. La voracidad en el comer es fácilmente trasladable a otras áreas de la vida de una persona, por eso es que en la educación dentro del seno familiar principalmente, este tipo de conductas puede promover el desarrollo de patrones comportamentales que promuevan una baja tolerancia a la frustración, especialmente en los niños. La detección temprana de los problemas de sobrepeso y obesidad, permitirían la intervención más pertinente y promisoriosa en cuanto a las posibilidades de reversión de la enfermedad y a una calidad de vida más saludable. Por lo tanto, es sumamente importante un abordaje integral en función de los distintos factores que intervienen en sus causas y en el mantenimiento del problema, que puedan augurar mejores resultados en pos del desarrollo integral del niño.

Tal como fueron planteados los objetivos para este trabajo, se pudieron observar y analizar las actividades llevadas a cabo dentro de un tratamiento interdisciplinario para obesidad infantil, así como el tipo de intervenciones en un marco cognitivo-conductual y grupal. Asimismo se pudo indagar en los aportes de los profesionales que participan de dicho tratamiento, como lo fueron en este caso la Nutricionista y la Profesora de Educación Física, a través de la observación y registro de los encuentros presenciados, además de las entrevistas realizadas. Para dicho análisis, fue de suma importancia profundizar en los temas a través del establecimiento de un marco teórico para relacionar los conceptos y sus fundamentos específicos.

Lo primero para destacar es la importancia que tiene, para comenzar un tratamiento, la especificidad en relación a los criterios de admisión. Considerar que la obesidad es una enfermedad, y que ésta a su vez puede provocar otras enfermedades o poner en serios riesgos la salud de quien la padece, obliga a contemplar la prevención de la misma desde el sobrepeso y desde la infancia, a los fines de intervenir, desde la interdisciplinariedad, con eficacia y responsabilidad.

En la observación realizada, la participación en el grupo terapéutico del niño que no presentaba signos de sobrepeso y fue, no obstante, incluido por expreso pedido de su madre, deja abierta la pregunta acerca de si la intervención en niños que no poseen el diagnóstico de sobrepeso ni de obesidad, no podría tener efectos contraproducentes en

ellos, aunque resaltando que en este caso el paciente mostraba lo que se podría denominar como una obsesión en torno a las cantidades de calorías que cada alimento tenía, dejando muy en claro a su vez, la excesiva información que al respecto manejaba. Pero entonces se abre una nueva pregunta y es, ¿cuál es el rol en estos casos de los profesionales y de la institución? ¿No sería pertinente acaso advertirle a la madre de los riesgos que conlleva admitirlo igual en el grupo cuando no padece su hijo de esa problemática?

El mismo niño cuando se le preguntaba por las causas de su desgano en el juego, contestaba que no quería ir más al grupo, sin embargo la situación se resolvió espaciando su participación. Es en este punto donde se podría agregar, que sugerirle a la madre que ella podría obtener mejores resultados asistiendo ella misma a un tratamiento terapéutico individual y que de esa manera ambos se verían beneficiados ya que podrían orientarla en relación a sus propios temores respecto del futuro de su hijo, sería probablemente la intervención más adecuada.

En segundo lugar, y en una clara relación con lo anterior, es de destacar la importancia que tiene el entorno familiar, y la conveniencia de su participación en el tratamiento. En el transcurso de las observaciones realizadas, dado que no estaban planificadas las reuniones de padres para dicho período, no se pudo recolectar información en forma directa, que hubiera sido valiosa para su completo análisis. A la misma, sólo se ha podido tener acceso por medio del relato de las profesionales, de reuniones realizadas con anterioridad a dicha experiencia (véanse Anexos A, ítem 7 y B, ítem 6), surgiendo de ellas la reflexión que conduce nuevamente a la importancia del concepto de modelado de conductas familiares, en relación a la influencia que poseen en la instalación de hábitos. De esta manera se abre un espacio para otro análisis, y es si el lapso de un cuatrimestre no es demasiado tiempo como para que los padres no tengan ninguna participación e igualmente se involucren con el debido compromiso en el tratamiento de sus hijos. La implicación de la familia en el tratamiento de los menores es fundamental debido al papel determinante que cumplen los factores contextuales. Los niños se encuentran en formación y son muy permeables a sus influencias. Muchas familias cuentan con recursos para facilitar los cambios, modelar comportamientos y estilos de atribución de significados y el procesamiento de información. Asimismo es sabido que en otras oportunidades pueden, sin quererlo, agudizar la problemática. En cualquier caso y atento a los objetivos perseguidos, su inclusión de un modo más comprometido, contaría con los beneficios establecidos por los especialistas en el tema.

También, dada la policausalidad de la obesidad, se considera necesario prestar atención a los hábitos familiares en cuanto a la alimentación y a la conducta compulsiva tomada como una adicción.

Continuando con el grupo de niños observado, son muchos los temas que se prestan a un nuevo análisis respecto de las actividades e intervenciones presenciadas.

Se resalta por ejemplo, la importancia de la psicoeducación, mencionada a lo largo de todo el trabajo, que encontraría su vía de canalización a través de las tres profesionales que la coordinan. La infancia es una etapa en la que todavía la persona se encuentra en formación, tanto de su personalidad, como de la construcción de hábitos, reglas y creencias que guiarán sus conductas. El modelo de la TCC en niños, no sólo persigue el objetivo del cambio conductual, sino fundamentalmente el de posibilitar su mantenimiento a través de la promoción de un pensamiento que incluya alternativas, que amplíe el repertorio del propio modelo cognitivo y que le permita al niño guiar su conducta de un modo más funcional para él. Brindarle información adecuada a su capacidad de comprensión y de procesamiento de dicha información, es ofrecerle las herramientas necesarias para el cambio que se busca en la promoción de un estilo de vida saludable.

Respecto de las intervenciones del terapeuta, posiblemente uno de los mayores impactos, que a la vez posibilitaron nuevamente la reflexión, haya sido la mencionada intervención en la que se denominó a los niños como obesos. Esto, que provocó enojo y comentarios por parte del grupo, se presta a un análisis particular en varios sentidos. Por un lado, precisamente porque puede ser considerado como un disparador, ya que permitió sin dudas la aparición o entrada a escena de un concepto no muy entendido y poco aceptado por parte de los niños. Por el otro, porque podría aludir a un etiquetamiento que, si no es manejado adecuadamente, principalmente cuando se trata de la palabra de un adulto con ascendencia sobre el menor, podría tener consecuencias opuestas a las buscadas por el tratamiento. En la situación presenciada, se debe tomar además en consideración, que no hubo un espacio previsto para una buena resolución del planteo, ya que acto seguido, a los pocos comentarios que tuvieron lugar luego de la intervención, los niños fueron convocados al juego planificado de la actividad física, dado que éste siempre ocurría en un tiempo determinado de la sesión. A la vez, es bueno destacar la intervención efectuada a la semana siguiente por la Nutricionista que, retomando el malestar provocado, y sin haber estado ella presente en la sesión en la que el hecho se desencadenó, colaboró en despejar las dudas acerca del significado del

concepto, conteniendo a su vez al grupo y reforzando los aspectos positivos de la adherencia al tratamiento para encontrar la solución al problema. Del análisis que aquí se expone surge la articulación con el concepto anteriormente destacado, la psicoeducación. Dicho concepto es de suma importancia en TCC y puesto en consideración por numerosos autores, ya que forma parte de los principios que subyacen en el modelo mencionado. Resaltarlo sirve a los fines de revisar su definición para evitar interpretaciones que pudieran ser erróneas dentro de un marco psicoterapéutico. Darle al paciente una breve explicación acerca de su trastorno o problema y del o los tratamientos posibles, es útil también para lograr una sólida relación terapéutica. Pero, y retomando las afirmaciones de Bunge et al. (2008), en la clínica infanto- juvenil es necesario considerar qué información se da a cada quien, y de qué manera, evitando además culpabilizar tanto al paciente como a los demás, y resaltando los recursos que cada uno tiene, diferenciando el problema a tratar de la identidad del niño y/o adolescente, como ya ha sido mencionado en el cuerpo del presente trabajo. Por otro lado y citando a Zukerfeld (1996), el desarrollo de la autoestima e identidad encuentran sus bases en la infancia, e influyen en gran medida los modelos de belleza que la cultura y la época imponen. De esta manera el rol del profesional exige tener cuidado de no fomentar el pensamiento dicotómico y distorsionado que lleva a significar a la delgadez como el único ideal de existencia.

En función de un análisis valorativo de la TCC infantil en casos de obesidad, está claro que la intervención sobre el procesamiento de la información incidiría sobre las manifestaciones emocionales y comportamentales (Beck & Clark, 1997). No obstante esto, es importante destacar las diferencias que existen en la TCC de adultos con respecto a la de niños. Éstas se basan principalmente en el desarrollo intelectual y en la capacidad de comunicación, que en la infancia, presentan limitaciones. Las distorsiones cognitivas que puede presentar un adulto, en un niño puede plantearse, en ocasiones, como un déficit cognitivo, dada la etapa evolutiva en la que se encuentra. A esto cabe agregar, la importancia de que en TCC en niños, se incluya la actividad como motivación, ya que estimula la comunicación que permite cambiar creencias y circuitos de interacción. Dicha actividad puede ser multisensorial, incluyendo simultáneamente dos o más modalidades sensoriales para recibir o expresar información (Bunge, et al., 2008). Si bien en el grupo observado el juego estuvo presente en todas las sesiones, el mismo estuvo planteado desde la actividad física grupal, con los objetivos puestos en el área específica de la Educación Física y no bajo una modalidad de TCC, ya que se

diferenciaba claramente una división de la sesión en dos partes que, en ocasiones, podrían pensarse inconexas.

Como conclusión general, se puede considerar por lo observado y por el trabajo de análisis que surge a partir de dicha práctica, que la modalidad grupal, en TCC en niños, con esta problemática en particular, tanto como en otras, requiere un compromiso extra, dado la responsabilidad que conlleva, por la vulnerabilidad del momento del ciclo vital en que se encuentran.

Una reflexión final, teniendo en cuenta el análisis realizado en su totalidad, tiene una directa relación con la conformación de dichos grupos. El interrogante que surge del presente trabajo y debido a que se trata de niños es, si los mismos deberían ser o no homogéneos. Siguiendo esta línea de pensamiento, se podría proponer, en el caso de TCC infantil grupal, la búsqueda de un factor común que, por ejemplo, sólo fuera la etapa evolutiva misma, sin que esto tuviera un condicionamiento o un vínculo directo con una patología en particular, para evitar el etiquetamiento, de modo que en ellos puedan trabajarse distintos conflictos que hagan a la problemática infantil. Para trabajar puntualmente los temas específicos que aludan al problema de la obesidad en el niño, a nivel personal, se podría pensar en una TCC individual, con sesiones intercaladas con la participación de la familia del niño en cuestión, canalizando los beneficios de lo grupal entre pares desde el juego, como actividad física, tal como ha sido observado en la Institución mencionada, pero a modo de complemento con lo anterior. De este modo se podrían tener en cuenta variables relacionadas con la singularidad de cada niño, tales como, sus intereses, motivación para el tratamiento, preocupaciones que pueda tener en torno al tema de la obesidad o riesgos que la enfermedad conlleva, conflictos familiares si los hubiera, con la correspondiente orientación a padres que les brinde también a ellos la mencionada psicoeducación, etc.

El acento deberá estar siempre puesto, y por tratarse de profesionales de la salud principalmente, en la búsqueda del mejor, dentro de lo posible, desarrollo integral en la infancia, y encontrar cómo potenciarlo dependerá también de tomar en cuenta la singularidad de cada niño y su problemática. Esto requerirá, por parte de los profesionales tratantes, la flexibilidad y compromiso necesarios para encontrar las estrategias más adecuadas a cada uno, para optimizar su tratamiento.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Amigo Vázquez, I., Fernández Rodríguez, C. & Pérez Álvarez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Baringoltz, S. & Levy, R. (2007). *Terapia cognitiva: del dicho al hecho*. Buenos Aires: Polemos.
- Beck, A. & Clark, D. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En, I. Caro (Ed.) *Manual de psicoterapias cognitivas*. (p.119-127). Barcelona: Paidós.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires: Akadia.
- Campillo Álvarez, J. E. (2006) *El mono obeso. La evolución humana y las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión y arterosclerosis*. Barcelona: Crítica.
- Caballo, V. & Simón, M. A. (2007). *Manual de psicología clínica infantil e do adolescente. Trastornos específicos*. Sao Paulo: Livraria Santos Editora.
- Caro, I. (2003). *Psicoterapias cognitivas. Evaluación y comparaciones*. Barcelona: Paidós.
- Fernández Álvarez, H. (1996). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Furham, A. (1992). Habilidades sociales. En R. Harré & R. Lamb (Eds.) *Diccionario de psicología social y de la personalidad* (p. 215). Barcelona: Paidós.

- Gardner, H. (1996). *La nueva ciencia de la mente. Historia de la revolución cognitiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Gil, L. (2008). Problemática de la obesidad. Abordaje interdisciplinario. Perspectiva psicológica. *Obesidad. Síndrome Metabólico y Trastorno Alimentarios*, 19, 23-30.
- Grande Covián, F., Varela, G. & Conning, D. (1993). *Reflexiones sobre nutrición humana*. Bilbao: Fundación BBV.
- Kenneth, G. & Mac Donald, Jr, MD (2003). Overview of the epidemiology of obesity and the early history of procedures to remedy morbid obesity. *Journal of the American Medical Association*. 138, 357-360.
- Kovalskys, I., Bay, L., Rausch Herscovici, C. & Berner, E. (2003). Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. *Archivo Argentino de Pediatría*. 101 (6); 441- 446.
- Kriz, J. (2001). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacey Benson, B., Heather, J. & Kaelber, M. (2008). Trenes in the Diagnosis of Overweight and obesity in children and adolescents: 1999-2007. *Pediatrics*. 101,103-105.
- LeBow, M. (1986). *Obesidad infantil, una nueva frontera de la terapia conductual*. Buenos Aires: Paidós.
- León Rubio, J. & Medina Anzano, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En F. Gil & J. León Rubio (Eds.). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención* (p.11- 23). Madrid: Síntesis.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Nezu, A., Nezu, Ch.M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo- conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: El manual moderno.

- O'Donnell, A & Grippo, B. (2005). *Obesidad en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Ed. Científica Interamericana.
- O'Dea, J. (2005). Prevention of child obesity: First, do no harm. *Health Education Research*. 20, 259-265.
- Organización Mundial de la salud. (2007). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 4 de octubre de 2008 de <http://www.who.int/mediacentre>. Nota descriptiva N° 311.
- Ravenna, M. (2006). *Una delgada línea entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Ravenna, M. (2007). *La medida que adelgaza*. Buenos Aires: Vergara.
- Ravenna, M. (2008). *La telaraña adictiva. ¿Quién come a quién?* Buenos Aires: Zeta.
- Reynoso Erazo, L. & Seligson Nisenbaum, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: El manual moderno.
- Reilly, J & Wilson, D. (2006). Obesity in children and adolescents. *Childhood obesity*, 333, 1207-1210.
- Roca Perara, M. (1998). *Elementos básicos de psicoterapia infantil*. La Habana: Academia.
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Wachtel, E. (1997). *La clínica del niño con problemas y su familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidós.

ANEXO A

Entrevista con la psicóloga del grupo de niños

1. ¿Cómo comienza el tratamiento con los niños?

Los padres que se acercan por primera vez, tienen tres entrevistas, una con el médico, otra con la nutricionista y otra conmigo, psicológica. La del médico y la de la nutricionista, son con la mamá o el papá que lo trae, y conmigo tienen, primero una charla el niño sólo, según la edad, y luego él se retira a la sala de espera y tengo una con sus padres.

2. ¿En qué consisten básicamente esas primeras entrevistas?

La charla que tengo con el niño a solas, consiste en tener una idea acerca de cómo se siente él, si se ve gordo, si la pasa mal con ese tema, si lo burlan en el colegio, cómo come, qué cosas y a qué hora y ese tipo de temas. Luego, con sus padres, se tocan temas tales como, qué motivación ven en el hijo para llevar a cabo este tratamiento, desde cuándo tiene exceso de peso, cómo es el entorno, el grupo familiar, quién lo cuida y otras por el estilo.

3. ¿Cuáles son las causas que con más frecuencia se encontrarían relacionadas con la obesidad en niños?

En la mayoría de los casos, me cuentan que han subido de peso luego de una mudanza, un cambio de colegio, la muerte de abuelos o alguna otra pérdida. Otras de las cosas que aparecen con frecuencia son, el divorcio de sus padres o alguna crisis familiar o de pareja, alrededor de los 8 ó 9 años del chico, o que están muchas horas al cuidado de alguna de sus abuelas, y también en muchos casos, los hábitos familiares de comidas entre horas, o en cantidad, o postres en exceso, etc.

4. ¿Se realiza un seguimiento con nuevas entrevistas?

No. En general el seguimiento con entrevistas se hacen con la nutricionista y el médico. Las psicológicas siguen en el grupo, con los otros chicos, no siendo necesario convocarlos en forma individual, salvo excepciones que se consideren pertinentes. Otras

de las formas de comunicarme con sus padres, es a través de charlas “de pasillo” cuando termina el grupo.

5. ¿Cómo se trabaja cuando la dieta y/o el grupo no responden como se espera?

Se les cambia la dieta en muchos casos, a cargo de la nutricionista. De todas maneras yo sé cuándo se trató de que siguen comiendo como antes y no están haciendo el tratamiento, pero es preferible que sigan viniendo en ese período también, porque por lo menos, no suben, se mantienen.

6. ¿Qué tipo de conductas mantienen los niños cuando están en sus casas o en la escuela, con respecto a las pautas trabajadas en el grupo?

Se dan diferentes conductas y actitudes. El vínculo que cada uno de ellos mantiene con la comida, expresa también el problema que subyace. Por ejemplo, Camila que tiene 10 años y hace ya un tiempo que concurre al centro, al principio del tratamiento lo que le pasaba era que vomitaba, generalmente en el colegio y después de comer. Ella se veía gorda sí, pero su trastorno alimentario no pasaba tanto por ser bulímica, sino que siempre ella llamaba la atención de esta manera a sus padres, con cosas que le pasaban en el colegio, como un esguince, dolor de panza, vómitos, etc. Tenía, se podría decir, una conducta histérica. Lo hablé en su momento, mucho con los padres, y noté muchos conflictos entre ellos. Sus padres son divorciados y hay pocos acuerdos entre ellos en relación con la hija. Camila hizo, a raíz de todo esto, una terapia un tiempo, pero luego la abandonó.

7. ¿Cómo participan los padres del tratamiento de sus hijos?

Se hacen cada 3 ó 4 meses reuniones de padres con los hijos presentes también. En ellas se tratan temas tales como, cambios que notan en sus hijos y cualquier aporte que ellos quieran hacer respecto al tratamiento y también ahí aprovechamos a hacer una devolución, podríamos llamarlo así. Otra de las cosas a las que apuntamos en estas reuniones es a favorecer que los chicos puedan decirles a ellos lo que tengan ganas.

8. ¿Los niños mantienen cierta continuidad en el tratamiento?

En realidad son más los que lo abandonan, pero pienso que esto tiene más que ver con los padres que con los chicos, ya que dependen de ellos, de que los traigan, los sigan motivando, etc.

9. ¿Logran los niños con este tratamiento bajar de peso en poco tiempo?

En general sí. Lo que sucede con los chicos es que bajan rápidamente de peso pero después no pueden sostenerlo.

10. ¿Qué pasa con los que abandonan el tratamiento? ¿Hay algo que ustedes hagan para que lo retomen?

Sí. Generalmente a estas familias se las llama por teléfono, se las trata de reintegrar, para que vuelvan al grupo y no hagan abandonar el mismo a sus hijos, teniendo en cuenta que hicieron grandes sacrificios muchas veces para alcanzar este logro, por mucho o poco que éste fuera.

11. Cuando viene al grupo por primera vez un “invitado”, ¿existe un seguimiento, un llamado si no vuelve o cómo se manejan?

A los invitados es posible que se los llame una vez por teléfono para intentar que lo empiecen, pero no se insiste si es que ellos no quieren volver.

12. ¿Se busca con el tratamiento que ellos se pesen independientemente de que lo haga en el centro?

No. Sólo son pesados semanalmente antes de ingresar al grupo. Justamente lo que se intenta es que no dependan ni se obsesionen con la balanza, ni con el peso “minuto a minuto”.

13. ¿Qué tipo de pacientes acuden al centro, hijos de pacientes o esto es indistinto?

Sí. Principalmente vienen los hijos de pacientes o ex pacientes. Muchas veces son las mismas madres los que los dejan en este grupo y pasan ellas al salón donde se está dando un grupo de adultos al mismo tiempo y de esta manera van haciendo el tratamiento ambos.

14. Además de la bajada de peso, ¿se persigue algún otro objetivo institucionalmente?

Es fundamental para nosotros que los chicos aprendan a comer de otra manera. Más allá de la bajada de peso, lo importante es que aprendan a comer lo que necesitan, sano, con medida, que hagan actividad física, que no pongan a la comida como prioridad de un cumpleaños por ejemplo, que aprendan a disfrutar de otras cosas, a relacionarse con sus pares, a expresar sus emociones, etc.

15. ¿Cómo y cuándo finaliza el tratamiento?

En realidad lo que se hace cuando llegan a su peso, es alentarlos a que vayan viniendo menos, por ejemplo, cada 15 días y luego, de a poco, que puedan ir dejando el grupo por sentirse mejor.

16. Dentro del plan que la institución propone, ¿cuáles son las diferencias que se implementan con los grupos de niños en relación a los adultos?

Con el grupo de niños el tratamiento es diferente en muchos sentidos. A los chicos no se los hace entrar en acidosis, no se les quitan las harinas, las dietas las arman junto a la nutricionistas respetando sus gustos dentro de lo posible, tienen un alimento por semana permitido como por ejemplo un helado, en fin, distintas cosas que los ayude a seguir adelante sin desalentarse en el trayecto.

17. ¿Qué tipo de enfoque realizan en el grupo terapéutico?

El tratamiento terapéutico es básicamente psicoeducativo, desde el modelo cognitivo-conductual. La idea fundamental es que ellos aprendan a comer de otra manera, que

aprendan a diferenciar lo que sienten como emociones de lo que hacen para sentirse mejor, sin vincularlo todo con la comida como único recurso de salida al problema.

18. ¿Existen condiciones a la hora de hacer la admisión al grupo, a nivel peso actual u otro?

No. Es que cuando un niño es traído por sus padres, por lo general es porque el sobre peso que tiene es para ocuparse y es el pediatra el que se los señala. Sin embargo esto no siempre es así. En estos momentos por ejemplo, tenemos en el grupo a un niño de 7 años que visiblemente no tiene un sobre peso, y los profesionales de acá les hemos dicho a sus padres que él no necesitaba de este tratamiento. A pesar de esto, la madre, que es paciente obesa actual de la institución, insiste en traerlo para que “no siga sus pasos de obesa” y aprenda a comer bien desde chiquito, diciendo que es el pediatra el que lo manda a hacerlo.

ANEXO B

Entrevista con la nutricionista

1. ¿Qué es lo primero que hacen el niño y sus padres, al comenzar el tratamiento?

La primera vez, tienen una entrevista con el médico, otra con la nutricionista y otra con la psicóloga, si es posible en ese orden y si no se puede por falta de turnos o alguna otra cosa, pueden empezar por otra, ya que no es tan estricto.

¿Quiénes participan de estas entrevistas?

En la primera, si son muy chiquitos, alrededor de los 6 años, entran con los padres, normalmente es con la mamá, quien lo trae. Si son más grandes, de 12 o más, entran solos a la consulta, después salen y esperan en la sala de espera y entran los padres.

3. ¿Existe un seguimiento con la nutricionista?

Sí. El seguimiento individual es semanal o quincenal, y el grupal es mensual. Éste consiste en medirlos, pesarlos, repasar juntos la dieta, modificarla o mantenerla, etc.

4. ¿Se les modifica la dieta si no les resulta posible de realizar?

Sí. La dieta de los niños no es tan estricta como la de los adultos. Conviene ser flexible y hacerle las modificaciones según gustos de ellos o preferencias. Normalmente se le pide que siga un registro de comidas, que vaya apuntando día a día lo que consume, para que repare en frecuencia, cantidad y calidad. De esa manera se le puede hacer los señalamientos necesarios y corregir juntos los desajustes.

5. ¿Qué pasa cuando no bajan lo esperable?

Se trabaja mucho el tema de los hábitos. Se conversa con ellos explicándoles, sobre todo a partir del registro de comidas, cuáles fueron los errores para que se involucren y

logren tener el objetivo claro. También hacemos mucho hincapié en la importancia de la actividad física para tener una vida más saludable.

6. ¿Se realizan reuniones de padres para trabajar lo nutricional también?

Sí. Las reuniones de padres con el grupo de niños son cuatrimestrales y se hacen extensivas a abuelos y otros familiares que deseen participar ese día. En muchos casos de familias ensambladas, es una buena oportunidad para ver si existe coherencia y continuidad con la dieta de los chicos en las dos casas en las que vive o visita. Otro de los puntos positivos de estas reuniones es que cuando vienen los abuelos, pueden comprender mejor lo importante que es que ellos colaboren también en la continuidad del tratamiento, porque muchas veces los mismos chicos nos cuentan que es allí donde rompen, por tentaciones, la dieta.

En estas reuniones, además se les entrega la curva de descenso.

7. ¿Suelen mantener el tratamiento o abandonarlo?

Existe una gran deserción lamentablemente. Esto está dado más por la decisión de los padres que por los chicos, ya que son ellos los que los traen. Gran parte de la deserción tiene que ver con la distancia, hay familias que viven francamente lejos de aquí y se les hace muy pesado traerlos los viernes a la tarde. Otros casos tienen más que ver con lo económico, ya que es un tratamiento caro. Cuando vemos que los aliviaría espaciar la frecuencia de encuentros, les proponemos venir quincenalmente, o buscamos juntos alguna otra solución.

8. ¿Qué pasa con los que finalmente abandonan el tratamiento?

A ellos les hacemos un seguimiento telefónico y vía mail. Es ahí donde nos enteramos de porqué abandonó el tratamiento, porque los chicos nos dicen “mi mamá se cansó de llevarme”, por ejemplo. Después al hablar con la mamá, ella generalmente nos dice que el hijo quería seguir viniendo pero que a ellos se les hacía difícil.

9. ¿Por qué es tan variable el grupo? ¿Cómo se maneja el tema de los invitados?

Los niños que llegan con sus padres a averiguar de qué se trata el tratamiento, son invitados a subir al salón cuando hay grupo, así lo vivencian y ven si les gusta. A veces vuelven y otras no. A ellos también se los llama por teléfono para saber su opinión, qué van a hacer, etc. En los casos en que les gustó pero no siguen, aparecen muchas veces, cuestiones económicas.

10. ¿Los chicos se pesan cuando vienen al grupo solamente o deben hacerlo diariamente en sus casas también?

No, solamente les pedimos que lo hagan acá cuando vienen, porque no queremos que se obsesionen con la balanza.

11. ¿Cómo están compuestas, por lo general, las familias de los pacientes menores?

Hay muchos casos en que los que concurren son los hijos de los mismos pacientes, pero otros no. En general sí se ven familias completas que asisten a tratamiento aquí y que incluso combinan los horarios para estar al mismo tiempo en distintos salones según edades, etc.

12. ¿Además de la bajada de peso, se persigue algún otro objetivo en el tratamiento?

Modificar los hábitos fundamentalmente e incluir la práctica de educación física como proyecto de vida. Dado que son muy chicos todavía, se apunta a que ellos aprendan las condiciones de una vida sana desde temprano.

Hay familias que padecen desórdenes alimenticios y de otro tipo y muchas veces son los hijos los que les ponen límites a sus padres o les hacen señalamientos, luego de un período de participar del grupo.

13. ¿Son similares las dietas que se les ofrece a los adultos de las de los niños?

No. La dieta de ellos es sumamente diferente a la de los adultos.

14. ¿Existe una instancia de “alta” en el tratamiento de los niños?

De alguna manera si. Cuando vemos que se van logrando los objetivos de descenso de peso y los actitudinales en relación a la comida, lo que hacemos es proponerles a los padres empezar a espaciar la concurrencia al grupo. Primero quincenalmente, luego mensual, hasta que ya lo pueden dejar y seguir solos, con algún acompañamiento telefónico cada tanto, para saber cómo siguen. El chico que se recupera es porque tiene a los padres más comprometidos con esto.

15. ¿Cómo está pensado el mantenimiento en el caso de los niños?

El mantenimiento en el caso de ellos, es individual. Concurren a la consulta con el médico o la nutricionista una vez por mes. Son más que nada controles médicos.

16. ¿Se le hacen o piden algún tipo de estudios?

En algunos casos se les piden estudios de laboratorio.

ANEXO C

Entrevista con la Profesora de Educación Física**1 . ¿Hace cuánto que estás en el centro y en el grupo de los niños?**

Hace 4 años que estoy trabajando acá. Soy profesora nacional de educación física especializada en niños.

2 . ¿Quiénes participan en la elaboración del plan o proyecto?

Yo formo parte del departamento de educación física del centro, mi coordinador es el profesor Daniel Meaglia. Somos 10 personas las que formamos el equipo en esta área y quienes armamos el plan de actividad física adaptada.

 ¿Se reúnen periódicamente?

Sí. Nos reunimos cada 4 meses para hablar de cada área, todo el staff y una vez por mes tenemos una reunión informativa entre nosotros para hacer ajustes, por ejemplo, en relación a nosotros mismos y con la tarea. Las de todo el plantel son para ponernos al tanto de eventos, jornadas, etc.

 ¿Cómo es el plan de una clase?

Siempre tiene que haber 3 instancias. Una de entrada en calor, otra de desarrollo y una última de cierre que es de relajación o entrada a la calma.

 ¿En qué consisten?

La entrada en calor, se hace para favorecer el contacto grupal, romper el hielo, que si hay niños nuevos se puedan integrar. Luego se comienza con un juego tranquilo, como puede ser una mancha por ejemplo. Después viene el juego más intenso, éste apunta a que se muevan y logren tomar el gusto por la actividad física.

El tercer momento, es para relajar, bajar la frecuencia cardíaca y la excitación ya que después de esto se van a sus casas con los padres, por eso se busca algún juego sentados o incluso terminar acostados y respirando lentamente.

 **¿Se manejan con un plan previamente armado?**

Sí. El plan lo presentamos a principios de año, haciendo ajustes cuando es necesario del plan del año anterior. Como el grupo va variando, los juegos a veces se repiten, además porque ellos mismos los piden muchas veces.

 **¿Tu trabajo en en el centro consiste únicamente en el grupo de los viernes con los niños?**

No. También participo de la guardería de los fines de semana, que está abierta sábados y domingos de 9 a 12hs. para bebés y niños de hasta 6 o 7 años, que son los hijos de los pacientes que participan de los grupos del fin de semana y no tienen con quien dejar a sus hijos. En la guardería trabajamos una maestra jardinera y yo. Somos 4, dos maestras y dos profesoras de educación física que vamos rotando de a pares.

 **¿Participás también de las reuniones de padres?**

Sí. En la evaluación final con las profesionales a cargo del grupo también. Se evalúan los cambios percibidos por los padres y por los mismos niños, se muestran fotos del antes y el después para notar el cambio físico, etc.

 **¿También en estas reuniones se hace el juego de educación física de siempre?**

No. En estas reuniones no se hace el juego si no que se habla de él. También aparece mucho el tema de los límites y las reglas de los juegos realizados, quiénes las respetan y quienes no, etc. Es muy importante el tema de los límites y son ellos mismos los que evalúan en forma natural el desempeño del grupo a lo largo del año.