

UNIVERSIDAD DE PALERMO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Carrera Psicología

**“Tratamiento de obesidad en paciente que no posee
sobrepeso”**

DATOS PERSONALES:

Autor: Curcio Camila Florencia.

Tutora: Claudia Garber.

ÍNDICE

Introducción	3
Objetivos	4
Marco Teórico	4
¿Qué es la alimentación?	4
¿Qué es la nutrición?	5
¿Qué es la obesidad?	5
Tipos de obesidad	6
Clasificación	7
Tratamiento general de la obesidad	7
Tratamiento del Dr. Máximo Ravenna	9
Tratamiento del Dr. Alberto Cormillot	11
Motivación	13
Expectativas	15
Dietantes crónicos	15
Alimentación compulsiva	17
Personalidad adictiva y estados emocionales	17
Método	19
Desarrollo	21
Motivación de la paciente	21
Expectativas de la paciente	22
Tratamiento de la paciente	24
Intervenciones Grupales	25
Conclusión	29
Bibliografía	34

INTRODUCCIÓN

El Centro Terapéutico elegido es una Institución dedicada al tratamiento de la obesidad y otros desórdenes alimentarios. Tiene como objetivo la modificación de hábitos nocivos relacionados con la comida, a partir de la toma de conciencia respecto de límites, excesos y comidas.

Diariamente, cientos de pacientes comprueban que es posible adelgazar de un modo sano, con el apoyo y el seguimiento de profesionales especializados, sin agregados de medicación ni cirugías.

La Obesidad es tratada como un problema de conducta, una adicción o la tendencia a comer más de lo necesario; por dicho motivo los programas están basados en el concepto de corte, medida, y distancia con la comida y la detección de los vínculos adictivos con ciertos alimentos.

La práctica fue realizada en dicho Centro . La tarea que se llevó a cabo fue la observación de diferentes grupos, entre ellos los de descenso, mantenimiento y grupos que se realizan una vez por mes durante 15 días denominados “Grupos Clave”.

El presente trabajo es resultado de la observación no participante y entrevistas personales a una paciente llamada L, cuya edad es de 25 años.

El objetivo de este trabajo es describir el proceso de tratamiento en esta paciente quien no posee obesidad.

OBJETIVOS

- Describir el proceso de tratamiento en una paciente sin obesidad en el Centro elegido.

Objetivos específicos:

1. Analizar la motivación de la paciente para realizar el tratamiento en el Centro .
2. Describir las expectativas de la paciente respecto al tratamiento.
3. Describir el tratamiento de la paciente en el Centro .
4. Describir las intervenciones que le realizaron a la paciente en los grupos terapéuticos.

MARCO TEÓRICO

¿Que es la alimentación?

La alimentación define la salud, el desarrollo de las personas y el crecimiento; debe contener una cantidad suficiente de los macro y micro nutrientes para cubrir las necesidades fisiológicas. Estas necesidades están influenciadas por varios factores: el sexo, el estado fisiológico (embarazo, lactancia y crecimiento), la edad, la actividad física y las características de cada individuo.

La alimentación es saludable cuando favorece el buen estado de salud y disminuye el riesgo de todo tipo de enfermedades crónicas (Bellido, 2006).

¿Que es la nutrición?

Es un conjunto de procesos que estudia la ingestión, digestión, absorción, metabolismo y excreción de los nutrientes por medio de los cuales se produce la energía para que el organismo se pueda sostener, crecer y desarrollarse.

La nutrición estudia los nutrientes que constituyen los alimentos, su función, las reacciones que causa en el organismo al consumirlos, y la interacción de los mismos respecto a la salud y a la enfermedad.

Se dedica a la investigación de las necesidades nutricionales del ser humano, ya sea sus hábitos y consumo de alimentos, al valor nutricional y la composición de los mismos. Los nutrientes son compuestos orgánicos que contienen carbono o inorgánicos que están presentes en los alimentos, que son usados por el cuerpo para los procesos vitales, ya sea el de suplir energía, formar células o regular las funciones del organismo (Corsino, 2000).

¿Que es la obesidad?

La obesidad es una enfermedad crónica; constituye un problema mundial que va desarrollándose con el tiempo.

Es un desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético dado por el metabolismo y la actividad física. Asimismo, es multifactorial es decir, que los factores conductuales, genéticos y metabólicos son los más determinantes (Bersh, 2006).

En el mundo se produjo un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos, por ejemplo la grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.

La obesidad provoca enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular); también causa diabetes y trastornos del aparato

locomotor (en especial la osteoartritis, que es una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante) (OMS, 2011).

Se ha propuesto una clasificación del grado de obesidad utilizando el índice ponderal como criterio:

- Normopeso: IMC 18,5 - 24,9 Kg/m²

- Sobrepeso: IMC 25 -29 Kg/m²:
 - Obesidad grado I con IMC 30-34 Kg/m²
 - Obesidad grado II con IMC 35-39,9
 - Obesidad grado III con IMC \geq 40
 - Obesidad de tipo IV (extrema) con IMC $>$ 50

Tipos de obesidad:

Existen diferentes tipos de obesidad:

1. **Obesidad androide o central o abdominal:** el exceso de grasa se localiza preferentemente en la cara, el tórax y el abdomen. Se asocia a un mayor riesgo de dislipemia, diabetes, enfermedad cardiovascular y de mortalidad en general (OMS, 2011).

2. **Obesidad ginoide o periférica:** la grasa se acumula básicamente en la cadera y en los muslos. Este tipo de distribución se relaciona principalmente con problemas de retorno venoso en las extremidades inferiores (varices) y con artrosis de rodilla (genoartrosis) (OMS, 2011).

3. **Obesidad de distribución homogénea:** es aquella en la que el exceso de grasa no predomina en ninguna zona del cuerpo (OMS, 2011).

Clasificación:

- **Hiperplástica:** Se caracteriza por el aumento del número de células adiposas.
- **Hipertrófica:** Aumento del volumen de los adipocitos.
- **Primaria:** En función de los aspectos etiológicos la obesidad primaria representa un desequilibrio entre la ingestión de alimentos y el gasto energético.
- **Secundaria:** En función de los aspectos etiológicos la obesidad secundaria se deriva como consecuencia de determinadas enfermedades que provocan un aumento de la grasa corporal (Bastos, González, Molinero & Salguero, 2005).

Tratamiento General:

El tratamiento de la obesidad es difícil e implica cambios en la ingesta de alimentos y en el aumento de la actividad física. Se requiere un manejo integral que incluya aspectos educativos, médicos, nutricionales y psicológicos. Algunas formas de tratamiento son la psicoterapia conductual, terapia cognitivo-conductual y la consejería nutricional.

La terapia cognitivo conductual provee métodos que permiten vencer las barreras que impiden cumplir con la dieta e incrementar la actividad física. Los programas cognitivos- conductuales están basados en técnicas de autocontrol, las cuales le permiten al sujeto identificar y controlar su propia conducta. El objetivo primario es mejorar los hábitos de alimentación y los niveles de actividad (Saldaña y Rossell, 1988).

Las intervenciones que se suelen utilizar son el “automonitoreo” en donde el paciente debe hacer un registro detallado de la ingesta y las circunstancias en que ésta ocurre. Esto sirve para poder identificar las influencias personales y ambientales que regulan la ingesta. También, “el control del estímulo”, es decir, evitar la exposición a situaciones que inducen a comer en exceso; “la

reestructuración cognoscitiva”, se utiliza para identificar sentimientos y pensamientos de autoderrota, ayudando al paciente a identificar actitudes que son excesivamente optimistas y poco realistas sobre su peso e imagen. Finalmente, “la prevención de recaídas”, es un proceso continuo diseñado para promover el mantenimiento del peso que se ha perdido durante el tratamiento (Saldaña & Rossell, 1988).

El tratamiento se enfoca en las creencias del paciente, es decir, en las cogniciones subyacentes, condiciones personales, circunstancias laborales y familiares, debido a que las falsas cogniciones traen como consecuencia problemas emocionales y conductas desadaptativas (Fairburn, 1981).

La terapia conductual hace hincapié en una dieta saludable y desaconseja las dietas que son más rígidas, es decir, que están a favor de plan nutricional más balanceado y flexible, que tenga como objetivo disminuir las grasas saturadas y el consumo de carbohidratos complejos como las frutas y las verduras (Bersh, 2006). Este tipo de terapia, se basa en la hipótesis de que la conducta tanto la adaptada como la inadaptada es aprendida y por lo tanto se puede aplicar en la práctica clínica.

Los obesos poseen hábitos alimentarios erróneos que traen como consecuencia grandes excesos en la consumición de los alimentos, aprenden patrones de sedentarismo, escasa actividad física, modelos sociales incorrectos y finalmente, refuerzos inadecuados del ambiente sociofamiliar (Álvarez, s/f).

La obesidad se puede prevenir. En el plano individual es importante que las personas puedan limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total; aumentar el consumo de frutas y verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos; limitar la ingesta de azúcares; realizar una actividad física periódica, y lograr un equilibrio energético y un peso normal (OMS, 2011).

La ventaja de un tratamiento para el sobrepeso y la obesidad es la importancia que tiene la pérdida del peso para reducir los factores de riesgo para otras enfermedades. Los profesionales que forman parte de este tipo de tratamientos son los médicos, nutricionistas y psicólogos que están especializados en esta área, por eso se habla de un tratamiento multidisciplinario (García, 2004).

Los tratamientos son multifacéticos y comprenden terapia dietaria, actividad física, terapia de comportamiento, farmacoterapia y cirugía según cada caso. El éxito terapéutico debe contemplar la reducción del peso, un proceso de resultados positivos en la calidad de vida, estilo de vida menos sedentario integrando la actividad física, aceptación de la imagen corporal y finalmente un cambio en los hábitos de alimentación (Wadden, 2000).

Tratamiento del Dr. Máximo Ravenna:

El Tratamiento del Dr. Máximo Ravenna (2009) consiste en ingerir 600 calorías diarias para adelgazar y para eliminar la sensación de hambre.

Los alimentos constituyen el combustible del cuerpo porque gracias a la energía que el organismo obtiene de lo que se consume el cerebro funciona, el corazón late, los riñones filtran, la sangre circula, etc. Aunque, si la ingesta es excesiva o escasa todas estas funciones se alteran debido a la mala nutrición, provocando un desbalance energético (Ravenna, 2007).

La comida es una adicción que a su vez provoca una enfermedad, la obesidad.

Produce efectos metabólicos y alteraciones orgánicas, como por ejemplo, la hipertensión, diabetes, colesterol, alteraciones en la fertilidad, desarrollo de cáncer de colon, próstata y riñón asociado todo ello al riesgo de muerte cardiovascular.

Sostiene que los alimentos, sobre todo las grasas y los hidratos de carbono refinados (azúcar y harina) producen un efecto de necesidad porque actúan sobre los neurotransmisores cerebrales. Asimismo, es una enfermedad que se sustenta en cuatro pilares: La comida, el stress, la quietud y la desinformación.

La única forma de escapar del stress es estableciendo prioridades a las acciones diarias de la persona; por ello es tan importante la puesta en movimiento del físico ya que no tiene solo motivaciones estéticas sino que garantiza un equilibrio

psicológico y previene de muchas enfermedades (nombradas anteriormente) asociadas al sedentarismo. Un cuerpo saludable no es solo aquel que no presenta síntomas de enfermedad sino también es el que no corre riesgos de deteriorarse. Se ha demostrado que la actividad física combate los síntomas de ansiedad, depresión, aumenta el entusiasmo y el optimismo ya que libera las tensiones y aleja el stress.

La desinformación también es un arma de doble filo, ya que nadie adelgaza sin sacrificio; nadie puede bajar de peso si no está decidido a hacerlo y no tiene un compromiso personal con el cambio y el estilo de vida. No existe ningún gel reductor, ni dieta milagrosa que haga descender de peso a una persona; se debe filtrar toda mentira que llegue disfrazada de un nuevo método científico. Por eso, un paciente con plan de adelgazar no solo debe disminuir las cantidades, sino elevar las calidades, ejercitar el criterio y el sentido común para no caer en engaños que solo conducen al fracaso (Ravenna, 2007).

El método esta basado en corte, medida y distancia, es decir, cortar inmediatamente con los excesos; la medida de la porción, la ropa y el cuerpo y finalmente la distancia entre comida y comida.

Lo que se propone es un nuevo programa alimentario basado en la selección adecuada de alimentos, teniendo en cuenta los nutrientes, el índice glicémico (Algunos alimentos que son ricos en hidratos de carbono elevan la concentración de glucosa en la sangre; el índice glicémico evalúa y califica este tipo de alimentos según el impacto que producen sobre la glucemia, es decir, sobre el azúcar en sangre, al ser absorbidos por el intestino), la cantidad y el contenido calórico de los mismos. El cambio en la alimentación producirá un cambio físico-químico en el organismo que se manifestará en la reducción del hambre y la ansiedad. Es llevar una mejor vida con otra medida alimentaria, como así también alejar a la persona de las harinas y del azúcar; pero no las prohíbe a futuro.

Es un tratamiento persuasivo, motivacional, inductivo y energizante; ya que incrementa la adhesión al mismo en forma notable, mejorando el humor de la persona sin provocarle ansiedad y abstinencia.

Asimismo, estimula con la capacidad de ponerse en movimiento físico; produciendo cambios corporales, agilidad, energía sin sacrificio. Hay bienestar porque no hay hambre y alegría porque se baja rápido y sostenidamente.

Su sistema incluye asistencia a grupos de pares, actividad física adaptada, delivery de viandas, restaurante y viajes spa.

Esta dieta produce mucha saciedad y lo que permite es que la persona pueda comer tranquilamente sin tener inconvenientes. Asimismo, se hace hincapié en la conducta de los fin de semana, que no son días para desprogramarse sino que hay que programarse mejor que los otros días semanales; por ejemplo, alejarse de las grandes comidas familiares llevando las respectivas viandas, como así también utilizar esos días para divertirse y no para “las grandes comilonas” (Ravenna, 2008).

La gran dependencia que hay con la comida no permite que se registre el daño que ésta ocasiona; los excesos y el desborde provocan que no se pueda salir de ese vínculo y trae como consecuencia la angustia. Por ello, a partir de un corte se puede reconocer el malestar, y encontrar la medida en las emociones y en la conducta y ser consciente de la distancia saludable que se ha perdido y que es necesaria para volver a lo esencial de cada persona (Goldman, 2011).

En resumen, es un método simple, claro y creíble para gente compleja y escéptica; es un tratamiento que no utiliza medicamentos “adelgazantes”; simplemente propone una dieta hipocalórica según sobrepeso, alimentos con bajo índice glicérico que producen saciedad y finalmente la realización de cuatro comidas diarias (Ravenna, 2004).

Tratamiento del Dr. Alberto Cormillot:

El tratamiento del Dr. Cormillot (1988) consiste en un programa para adelgazar, teniendo en cuenta las variantes de cada dieta y de cada persona en particular. Este programa puede ser variado o monótono, se puede establecer de un día para el otro o de forma progresiva; como así también puede incluir un plato no dietético semanal o varias porciones no dietéticas en el mismo período. La flexibilidad de esta dieta es muy amplia debido a que hay que tener en cuenta la personalidad de la persona que la realiza, el grado de sobrepeso, el ritmo del adelgazamiento, la adaptación al plan y la experiencia previa en dietas hipocalóricas. Para que este tipo de plan cumpla su objetivo es importante el control semanal o quincenal del profesional, lo mismo para las personas que tienen dificultades para bajar de peso o que sufren de otras complicaciones. Se da esta flexibilidad debido a que todos los seres humanos son diferentes, y por lo tanto, sus dietas también deben serlo; así como una persona puede necesitar cosas distintas en las diferentes etapas del tratamiento.

Este plan de alimentación hace hincapié en comer 6 veces al día, esta frecuencia permite que el organismo se encuentre en las mejores condiciones metabólicas para quemar grasas, provocando que el hambre disminuya y evitar las tentaciones. Si en alguna de las seis comidas no se sintiera hambre, Cormillot plantea que antes de suprimirla es importante reducir la porción a la mitad de lo indicado en el plan para ir creando el hábito.

Este tratamiento incluye tres cosas importantes: Un programa de alimentación razonable; un plan de actividad física que consta de hacer ejercicio intensamente para provocar que el apetito disminuya; aunque a veces ocurre que con la excusa del ejercicio realizado se come más pensando que se compensarán las calorías ingeridas con las gastadas a través de la actividad física, pero generalmente no es así y se sigue aumentando; por ello la importancia de realizar ejercicio

acompañándolo con un plan de alimentación, y finalmente la modificación de la conducta asociada con la obesidad.

La ayuda que le brindan al paciente el médico, los padres o familiares y sobre todo el grupo es fundamental. La comprensión de los demás integrantes del grupo es fundamental; aunque hay que tener en cuenta que el grupo ayuda pero no hace la dieta por uno, sino que la decisión está en la persona misma; logrando que el éxito del tratamiento dependa de la fuerza que se tenga en esa decisión (Cormillot, 1988).

Cormillot ha creado tres instituciones para la ayuda de los pacientes obesos. La primera es llamada ALCO (Anónimos luchadores contra la obesidad); es una institución pública formada por grupos de autoayuda, coordinado por pacientes recuperados recibiendo asesoramiento, pero no conducción profesional; en ella asisten hombres y mujeres que comparten sus experiencias para resolver un problema en común y ayudar a los otros a recuperarse de la obesidad.

La segunda institución es denominada DIETA CLUB, consta de un tratamiento que es accesible para aquellas personas que prefieren no moverse de su barrio, ya sea por razones económicas o psicosociales. Los profesionales de dicha institución son médicos, psicólogos, profesores de educación física y nutricionistas – dietistas. Tanto ellos como los obesos recuperados reciben una capacitación especial para cumplir con solvencia sus tareas en los grupos. Este lugar brinda un programa de actividad física, llamado “ Club del caminante” que funciona en varios parques y plazas de la ciudad en donde los miembros de dieta club se reúnen semanalmente para caminar o correr guiados por un profesional.

Finalmente, la tercera institución es llamada FAMALCO. En dicho lugar, asisten familiares o amigos de una persona que tiene problemas en la alimentación. Consiste en dar un mensaje de esperanza a través de los grupos, y en aprender como ayudar a sus parientes obesos, recuperados o no. Asimismo, permite superar ciertas actitudes que son perjudiciales para el obeso y para las relaciones familiares. En las reuniones que se realizan en este lugar, los participantes aprenden a usar herramientas para manejarse con su familiar obeso.

Motivación:

Antes de iniciar un tratamiento es fundamental determinar y evaluar la motivación del paciente. La falta de motivación es indicadora de riesgo de fracaso en el tratamiento o futuros intentos terapéuticos. Por ello, es fundamental para que el tratamiento sea eficaz, el empeño del profesional de la salud y también del paciente (Marques & Lopes, s/f).

La motivación es dinámica, origina una necesidad, y es personal, ya que lleva al individuo a una acción y se debe modificar en el transcurso del tratamiento para complementar al deseo de ser flaco.

La persona que no está motivada, que no siente esa necesidad tendrá poca fuerza para avanzar o lograr algo. Hay que aceptar como algo razonable que entre estar gordo o tener que modificar el plan de alimentación, alguien pueda preferir estar gordo. Se debe aceptar la realidad, que el paciente no está motivado para bajar sus kilos de más porque no le molesta lo suficiente y se siente entre otras razones adaptado a vivir así. Para que una situación así se pueda superar hay que hacer un serio y honesto balance entre lo que se obtiene con el sobrepeso, los “beneficios” de la obesidad y los beneficios reales que se obtiene con el adelgazamiento (Cormillot, 1988).

La motivación es fundamental como parte del tratamiento, para bajar de peso y en la etapa de mantenimiento. Ésta puede apoyarse en factores internos, es decir como le afecta a la persona verse al espejo, y también en factores externos como ser la familia, el médico, la moda, etc (Faig, 2007).

Finalmente, es importante renovar las motivaciones en donde es importante apoyarse en los cambios personales, en actitudes hacia la vida y en un mayor autoconocimiento. Hay diferentes estímulos que se pueden tener para mejorar la motivación del paciente; el primero es el espejo o la balanza (pueden incentivar si el individuo está acompañado con una actitud positiva); el segundo en mejorar la

relación con los demás (es un estímulo positivo si la persona se entrega a esas relaciones, en donde estar bien con los demás implica casi siempre estar bien con uno mismo); el tercero es mantener el peso deseado (si bien este incentivo no es suficiente, la persona no puede quedarse en el miedo a volver a su peso de inicio o a la situación emocional anterior); el cuarto es la actividad física (para muchas personas vale como estímulo si es renovadora); el quinto con los cambios alimentarios familiares (el haber introducido en la familia un cambio de alimentación saludable ya es un incentivo) y finalmente ayudar a otras personas que tienen problemas de peso es un incentivo muy potente, ya que ayudar es compartir lo que el paciente recibió y a su vez es un refuerzo personal (Faig, 2007).

Expectativas:

Es fundamental desde el principio tener en cuenta las expectativas del paciente respecto al tratamiento.

La claridad con la que el psicólogo explica al paciente el tratamiento tiene un extraordinario impacto en la disciplina terapéutica del paciente. El grado de comprensión de las indicaciones o recomendaciones prescriptas permitirá que siga las instrucciones siempre que las recuerde, las comprenda y que satisfagan sus expectativas (García Tejera, 2007).

Todo esto incluye la evaluación de cuánto quiere bajar el paciente, los cambios en la salud o el estado psicológico; ya que la sociedad sobrevalora la delgadez y conlleva a hacer dieta con el único fin de cambios estéticos. Este énfasis que se le pone a la delgadez puede llevar a que la persona logre un peso que le es difícil mantener por sus factores genéticos y fisiológicos, provocando que sus expectativas disminuyan (Velázquez, 2004).

Dietantes crónicos:

Las personas con un peso normal o un ligero sobrepeso, pero que tienen tendencia a engordar, son las más propensas a padecer lo que ya se considera como un nuevo trastorno alimentario denominado “el mal del dietante crónico” (Durán, 2011). El estrés y problemas en la autoestima son los factores desencadenantes.

Son personas que mantienen hábitos de alimentación que resultan inadecuados durante años y mantienen una alta preocupación de fondo por la figura y el peso. Trae como consecuencia estar toda su vida comenzando y abandonando dietas, en búsqueda infructuosa de un objetivo que no son capaces de mantener. Este problema, radica en que se trata de individuos que tratan de desarrollar sobre la alimentación un dominio que les falta en otros ámbitos de su vida.

Es una patología muy común, entre el 25 y 30 % de la población padece este trastorno (Durán, 2011).

Son individuos que limitan su alimentación de forma continua por el miedo a subir de peso. Si bien la restricción crónica de la alimentación no representa un trastorno psicopatológico, es riesgoso ya que puede llegar a producir desórdenes en la alimentación. Estos pacientes tienen una configuración cerebral que los hace mucho más vulnerables a condiciones de estrés; el cerebro no es que sea diferente sino que su sistema de evitación motivacional es más activo. Este sistema se encarga de controlar las respuestas frente a la amenaza, peligro, novedad o estrés; por ello las personas que tienen más activa esta configuración son emocionalmente más sensibles y vulnerables a los estímulos; y lo que sucede es que si éstos son muy intensos, la persona restringe la alimentación, o por el contrario se sobrealimentan como una manera de controlar la emoción. Es decir, que trasladan de forma inconsciente las sensaciones negativas hacia una dieta, ya que es mucho más fácil y rápido controlar la alimentación que las situaciones de la vida cotidiana, ahí es cuando se convierte en un problema crónico (Silva, 2006).

Es así como la historia emocional está ligada a lo que se come a lo largo de la vida. Por ejemplo, el desamor, la culpa, el abandono, la rabia, celos; pueden intentar expresarse a través de los conflictos en la alimentación.

Asimismo, el estar pensando todo el tiempo en comer, puede ser que esté mostrando un conflicto en otro terreno. Cuando la boca no pronuncia lo que una persona siente, traga para aliviar esa sensación emocional. Es por ello, que habría que ver porque un individuo vive a dieta; porqué no puede sostener los resultados o no está conforme con el cuerpo propio; es importante ya que estas respuestas pueden estar mas allá de una balanza (Menéndez, 2007).

Alimentación compulsiva:

La compulsión es el impulso irresistible u obsesivo a la repetición de una acción determinada.

La alimentación compulsiva se caracteriza por la dependencia de la comida. Es un trastorno obsesivo en donde la persona puede tener atracones durante los cuales llegan a sentirse fuera de control. Comen más rápido de lo normal, o tienen actos rutinarios repetitivos y luego de ello aparecen los sentimientos de culpa y depresión.

Se diferencia de la bulimia y la anorexia debido a que los comedores compulsivos no compensan el atracón con comportamientos purgantes como la utilización de laxantes, vómitos o ayunos.

Las características mas notorias son: el comportamiento dietante, el intento por controlar el peso corporal, cambios de humor, historial de diferentes dietas sin éxito, consciencia de que su modelo alimenticio es anormal (Lofrano, 2006).

Personalidad adictiva y estados emocionales:

Los estados emocionales pueden influir en la alimentación como así también la alimentación puede modificar los estados emocionales (Gibson, 2006).

Un sujeto come de mas para “anestesiarse” el yo interno por medio de la ingesta incontrolada de alimentos. Esto se convierte en una estrategia inadecuada para el manejo de los afectos que suelen provocar angustia y ansiedad. El acto físico de comer es visto como un modo de llenar aquel vacío que sobrecoge en esas personas. Por lo tanto, el cuerpo que se siente vacío se llena de comida, el refuerzo del cuerpo lleno instaura la dinámica de que el vacío y la ausencia de afectos se sustituyen por los atracones (Solow, 2001).

La personalidad adictiva no es solo aquella que tiene necesidades físico- químicas sino también un estado emocional que está relacionado con los neurotransmisores y neuroreceptores que están conectados con los sentimientos y las necesidades biológicas de las personas. Existen cuatro factores que están relacionados, el primero es el “objeto droga”, significa que la comida no tiene efectos tóxicos al ser ingerida en exceso, pero abandona esa función nutricional para convertirse en un objeto tóxico en donde la persona empieza a depender generándole una enfermedad física y psíquica.

El segundo elemento es “la persona”, la personalidad depende mucho ya que el individuo no tiene límites con la ingesta ni con su comportamiento actuando en forma demandante.

El tercer factor es “la familia”, ya que éstas muchas veces fomentan la adicción desde edades muy tempranas. Y finalmente, “los factores socioculturales” son determinantes ya que el gusto y la mirada del otro intervienen en una presión para la persona. Es por ello, que en la etapa final las conductas son automáticas y están manejadas por las emociones; es decir, que la comida no es adictiva sino que la conexión del individuo con ella si lo es (Ravenna, 2006).

Asimismo, la insatisfacción con la imagen corporal no solo es motivante para bajar de peso sino que es motivo de un gran impedimento y malestar que influye en los pensamientos, conductas y sentimientos de la persona que lo padece.

Por consiguiente, puede surgir un descontrol alimentario en donde la persona ingiere grandes cantidades de comida, con una sensación de pérdida de control cuando se come; que luego de haber ingerido el alimento aparecen los sentimientos de culpa y la sensación de enojo, desesperación y decepción por no poderse controlar, afectando la autoestima. Otro de los factores que cabe destacar, es la ansiedad. Si el comer como recurso “anti ansiedad” se transforma en algo habitual, con el tiempo se aumentará de peso; creando un círculo vicioso en donde la ansiedad se reduce ingiriendo comida, luego se transforma en un motivo de preocupación por lo que nuevamente aparece la ansiedad como mecanismo compensador (Zúñiga, 2004).

Asimismo, hay factores psicológicos y familiares que pueden influir en la ingesta incontrolada de alimentos.

Uno de ellos, es el valor simbólico de la comida. Esto quiere decir que algunas comidas poseen un valor simbólico y emocional para la persona que está asociado directamente con el cerebro a recuerdos buenos o malos, etapas de la vida, situaciones, personas, etc. Por ello, prescindir de alimentos con un gran valor afectivo – emocional puede socavar los esfuerzos por llevar adelante una dieta. Aunque es conveniente identificar si existen esas asociaciones para que no constituya un obstáculo en el tratamiento.

También la estabilidad psíquica requiere mantener un cierto equilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones; pero sucede que cuando la balanza se inclina del lado de las insatisfacciones, las personas necesitan reponer ese equilibrio perdido para mantener su salud psicológica. Es por eso, que se exagera el placer de comer como una manera de compensar aquello que no fue satisfecho en algún área de su vida, por ejemplo, en el trabajo, la vida afectiva, familia, relación de pareja, etc.

Otro factor es cuando se utiliza la comida como vía de escape para no pensar en situaciones problemáticas. Es una forma de dejar los problemas en espera en vez de enfrentarlos y resolverlos; lo que produce es la ingesta de grandes cantidades de alimentos ya que no pueden tomar una decisión, no saben como afrontar determinada situación y algunas veces el problema lo constituye una vieja herida o

un trauma al que no pueden hacer frente. Cuando la comida ocupa este lugar le permite al individuo sentirse “temporalmente mejor”; aunque ello no resuelve la situación problemática.

Finalmente, es importante tener en cuenta que existen alteraciones psicológicas vinculadas con el comer de más. No se encuentran de forma aislada sino que están relacionadas unas con otras y depende de cada persona. Por eso, es fundamental a la hora de planear un tratamiento, ya que ignorarlas podrían dificultarlo (Zúñiga, 2004).

MÉTODO

Participante:

L tiene 25 años, actualmente está estudiando ,se encuentra en la finalización de su carrera universitaria. Ingresó a la institución con 58 kilos y su índice de masa corporal es de 20.07 Kg/m² es decir, que no posee sobrepeso.

Instrumento:

Observación no participante de los grupos de descenso y mantenimiento; para observar el seguimiento de su tratamiento.

Registro escrito de las observaciones y entrevistas con la paciente; se indagará la motivación y expectativas que va teniendo con respecto al tratamiento.

Procedimiento:

. La paciente fue a dos grupos por semana . Asimismo, las entrevistas se llevaron a cabo cada quince días en la finalización del grupo ; para indagar acerca de su tratamiento con el transcurrir de los días y si siguió manteniendo la misma motivación para realizar la dieta.

Los datos para la realización del trabajo final integrador se obtuvieron de las observaciones realizadas en los grupos, el registro escrito a partir de lo visto en el grupo en el que la paciente accedía, y finalmente mediante las entrevistas nombradas anteriormente.

DESARROLLO

Motivación en el tratamiento:

L ingresó al Centro ; con 58 kilos por lo tanto no posee sobrepeso. El motivo por el cual ella ingresa a dicha institución es debido a un cambio mínimo en el peso, pero sobre todo cambiar la forma de pensar y canalizar todo mediante la comida.

En el comienzo, es decir, en las primeras entrevistas realizadas la paciente estaba muy motivada con el inicio del tratamiento, aunque por momentos manifestaba miedo o intriga debido a que no sabía si iba a poder lograr lo que ella quería.

La motivación es esencial, en donde la labor médica debe ayudar a encontrar razones que justifiquen llevar adelante y sostener el tratamiento. Cuando se convence al paciente de lo importante que son las indicaciones médicas, está en mejores condiciones para ponerlo en práctica (Montero, s/f).

En el segundo mes de tratamiento su motivación había disminuido por ciertos inconvenientes a nivel de ansiedad; pero manifestaba que el hecho de ir a los grupos la aliviaba mucho y sentía de nuevo esa motivación del comienzo.

Su motivación fue aumentando a través de los meses; los grupos le hacían muy bien por el apoyo de sus compañeros y de sus coordinadoras, le permitía ponerse el límite y no comer de más.

Asimismo, su personalidad es muy obsesiva y compulsiva; esto le ocasionaba “comer por comer” sin tener hambre; el ejemplo más claro fue que abría la heladera cada 15 minutos para ver que podía ingerir; incluso esto le pasó en el tercer mes del tratamiento, pero que se acordaba de todo lo que hablaban en el grupo y apenas abría la heladera la volvía a cerrar sin comer absolutamente nada. Ella es consciente que esto lo pudo lograr debido a la alta motivación que tuvo para realizar la dieta, y que mantuvo durante todo el tratamiento.

Es importante renovar las motivaciones en donde es importante apoyarse en los cambios personales, en actitudes hacia la vida y en un mayor autoconocimiento (Faig, 2007).

En un encuentro grupal L comentó que ella había dejado de salir los fines de semana porque sus amigas siempre la invitaban a comer, pero que prefería no ir para evitar tentaciones. Aunque, un día el novio la invitó a cenar y ella aceptó; contó que comió de todo sin tener control ni límite sobre lo que ingería; en ese momento sintió que no le importaba nada pero al otro día se sentía muy culpable porque no pudo decir que “no” y comió cosas que no debía comer. En ese instante, manifestó que había perdido toda su motivación y que un “algo” la llevo a comer de más, pero luego de acceder al grupo y tener el apoyo terapéutico se dio cuenta que no era una pérdida de motivación sino que había tenido una tentación que no le fue fácil controlar.

Igualmente, L llegó al peso que había acordado con la nutricionista y fue pasada al grupo de mantenimiento . En esta etapa, su motivación se siguió manteniendo, pero en una entrevista individual con ella, manifestó que tenía miedo de perder todo lo que había aprendido en los grupos; pero que era consciente que consiguió limitarse y poder canalizar sus emociones por otro lugar y no en la comida.

Expectativas en el tratamiento:

Tanto en la etapa de descenso como en la etapa de mantenimiento, L mantuvo firmes sus expectativas en base al tratamiento.

Se puede mejorar los resultados ayudando al paciente a plantear y alcanzar metas realistas; esto le permitirá aumentar su autoconfianza y su capacidad de control. Cuando se está motivado por el éxito es más fácil que se continúe (Wardle, 1998). Ella llegó a la institución por una amiga que estaba realizando la dieta y como observó resultados tan rápidos decidió comenzar el tratamiento allí.

En las primeras entrevistas, manifestaba que era muy importante el tratamiento debido a que estéticamente se veía perfecta, pero que necesitaba encontrar un lugar que no se hable de comida, sino que también se hable de conducta; por lo tanto, estaba muy conforme porque en la institución encontró eso que tanto necesitaba.

En los tratamientos de esta índole los pacientes aprenden a establecer metas realistas, ya sea cuando se refiere al peso como al cambio de conducta, asimismo evaluar sus progresos en la modificación de los cambios de alimentación y ejercicio. Se pretende que se corrijan los pensamientos negativos cuando no se alcanza los objetivos (Foster, 1997).

En base a todas las entrevistas individuales realizadas, se pudo observar que L tenía un objetivo e iba por ello, es decir, que siempre se mantuvo con una actitud muy positiva y firme; aunque en ciertos momentos tenía altibajos que le provocaban no estar tan expectante frente al tratamiento.

Manifestaba muchas expectativas a futuro ya que ella sentía que el tratamiento le cambiaría la vida en muchos aspectos, es decir, empezar a tener control, límite y que la comida pase a un segundo plano pudiendo disfrutar de otros placeres. Esto siempre lo tuvo presente, ya que era a lo que quería llegar y que tenía como fin.

La paciente manifestaba que le costaba mucho a nivel económico tanto para ella como para la familia poder seguir en la institución, pero que lo compensaba con lo motivada y contenta que estaba por la obtención de los resultados deseados.

Asimismo, la expectativa más notoria que tenía era la de poder modificar su conducta e incorporarla como una rutina sin la necesidad de sentir que estaba “a dieta” y que de a poco era algo que iba logrando.

La mejor dieta no sirve de nada si el paciente no la continúa a largo plazo; por eso es necesario que la alimentación sea compatible con la vida social del paciente, sus gustos, etc. En definitiva, no se trata de poner una “dieta” sino de diseñar una forma de vida con y para el paciente (Smith, 1999).

Luego, apareció otra expectativa que era la de pasar a la etapa de mantenimiento. En ese instante, la paciente manifestaba cierta inquietud e intriga por lo nuevo que se acercaba que era la etapa de mantener aquellos kilos bajados. Fue el momento que ella describió como el más importante, porque esos kilos que le molestaban habían desaparecido y su próxima meta era mantenerlos. L estaba muy expectante frente a este cambio de grupo, ya que también era un cambio a nivel contexto y a nivel personal. Ella lo describió como el momento más importante de su tratamiento. Es decir, que en esa etapa del tratamiento se le da importancia a que no se recuperen aquellos kilos bajados (Cooper, 2003).

Tratamiento de la paciente:

L ingresó a la institución -

Es una mujer que no posee sobrepeso pero que decidió iniciar una dieta para bajar pocos kilos, aunque su mayor preocupación era encontrar un lugar que le permita cambiar la conducta y la relación con la comida. El peligro no se encuentra en la comida ni en la persona en sí, sino el vínculo que se establece con la misma y el rol social que la alimentación ocupa en la vida del ser humano. Todos los hábitos están condicionados por el comer (Ravenna, 2007).

L no hace terapia individual, y tampoco nunca fue a psicoterapia.

En relación con su familia, nadie posee sobrepeso; son todos estéticamente flacos.

Comenzó en un grupo de descenso Su peso inicial fue de 58 kilos; y acordó con la nutricionista bajar entre 2 o 3 kilos para estar como ella necesitaba verse.

Durante un mes y medio estuvo a dieta de 600 calorías; la cual le permitió bajar esos kilos mencionados anteriormente.

El tratamiento durante ese período fue fructífero ya que logró acomodarse y organizarse con las comidas; comer 4 veces por día y no evadir sus emociones comiendo. Fue importante porque le preocupaba mucho y no creía poder cambiarlo, pero gracias a la contención recibida lo pudo lograr.

Luego de bajar los kilos acordados, la nutricionista decidió que debía pasar al grupo de mantenimiento, es decir, a otro grupo en donde mantienen los kilos bajados.

La paciente, se sintió muy cómoda al iniciar este grupo ya que los temas que se debatían no eran de prohibir determinadas comidas, sino de la ingesta de otro tipo de alimentos pero en su medida correcta. Por consiguiente, L estuvo muy motivada porque siguió teniendo la misma contención y motivación; era otra etapa en la que iba a poder seguir aprendiendo e incorporando información.

Finalmente, L sigue manteniendo sus kilos bajados complementando con actividad física.

La actividad física es fundamental en los programas de control de peso como complemento, ya que es muy difícil perder peso solamente con esta actividad, aunque es muy útil ya que previene la reducción adaptativa del metabolismo basal que se produce como respuesta a la restricción de energía (Carretero, 2002).

Intervenciones grupales:

Al ingresar al grupo terapéutico, L planteó su problema y relación con la comida, por lo cual las terapeutas del grupo le realizaban intervenciones para que pudiera lograr el “corte, medida y distancia”.

El corte es con el pasado, el exceso, los prejuicios y mitos, el “no puedo”, la desconfianza y la comodidad. La medida está en la porción, la ropa, en las conductas y las emociones, las relaciones, reacciones y en el pensamiento. Y finalmente, la distancia es con la comida y entre las comidas, con la propia historia, con el picoteo, la minimización y con las malas relaciones (Ravenna, 2007).

El grupo de descenso en el que comenzó estaba constituido aproximadamente por 20 personas, de diferentes edades y el 90% del mismo eran personas con sobrepeso; L era la única que estéticamente estaba flaca.

Las intervenciones de las terapeutas eran de forma general y muy pocas veces se centraban en un único caso, eso se hacía si alguien planteaba un problema específico y que necesitaba ser ayudado en ese instante. Los grupos terapéuticos ponen el acento en “lo que hay que hacer para cambiar” más que en el “porqué”. Este tipo de grupos logran un funcionamiento independiente, en donde se remarca el aprendizaje, modificación de la conducta, autoayuda y el entrenamiento en las habilidades. Tiene como objetivo el aumento o la disminución de conductas específicas, por ejemplo, de ciertos pensamientos o sentimientos disfuncionales.

Se propone que con el tiempo en el grupo y de su continua asistencia al mismo, el paciente ponga en práctica todo lo aprendido como parte del tratamiento. Activamente, confronta al paciente a la idea de que hay otras opciones posibles para sus pensamientos y los patrones habituales de conducta, lo que provoca el autocuestionamiento (Caballo, 1997).

Son grupos con pautas generalizadas y universales, en donde se los describe como grupos muy directivos que constituyen un ámbito más estructurado e intensamente amparador, es decir, con frecuencia e intensidad de las reuniones que proveen seguridad y contención (Fernández, 2005).

Fue el caso de dicha paciente, que un día la psicóloga le hizo dar cuenta que pese a la emoción que ella estuviera experimentando no era necesario que la complementara con comida, por ejemplo: estar triste, contenta, furiosa, etc.

La paciente planteó que era muy malo abrir cada 15 minutos la heladera para ver que podía comer. En base a esto, las terapeutas le daban como alternativa

ponerse carteles o tener un espejo al lado de la heladera para que pudiera seguir manteniendo la motivación de verse bien y no ingerir ningún alimento de más. El Dr. plantea que el comer y la ansiedad están asociadas, es decir, son sinónimos. La persona intenta combatir los síntomas con el arma mas poderosa que posee y que le otorga un placer inmediato pero efímero, que es la comida.

Asimismo, le propusieron la realización de alguna actividad, como ir a caminar, natación, gimnasio, etc; como una forma de evitar el sedentarismo y focalizarse en otras cosas.

Al comenzar el tratamiento, L dejó de tener reuniones sociales por miedo a desbordarse; esto fue aceptado por las psicólogas porque si le resultaba funcional estaba perfecto. Solo un fin de semana tuvo un desborde, cuando fue a una cena con el novio; en lo cuál L lo planteó en el grupo y una de las psicólogas indagaba de porqué sentía tanta culpa; y le propuso que la próxima vez que saliera a cenar tuviera algunas tácticas para evitar lo sucedido, por ejemplo: evitar la panera en la mesa; como así también cuando le trajeran la comida, siempre sacar la mitad de lo que le daban. De esta forma, ella podría mantener la distancia y la medida con el alimento.

Cualquier reunión, evento, festejo tiene como foco de atracción la comida; la mayoría de las veces la ingesta es por aburrimiento, por hábito, automatización, costumbre o por no tener otra cosa que hacer más que comer. Cada persona es más sensible a diferentes situaciones o disparadores emocionales según su historia de vida. Una situación o evento connotado negativamente dispara una ingesta; luego de ello pueden aparecer sensaciones y reconocimiento de emociones tales como la culpa o el haberse excedido. Connotado negativamente significa que las sensaciones que produce son desagradables y displacenteras, como por ejemplo, la frustración, culpa y confusión (Koffman, 2009).

Respecto a la culpa, existe ya que hay culpa de desaprovechar la única oportunidad que tienen los humanos que es la de vivir una vida plena; de no ser feliz cuando se puede serlo. Por eso en ese círculo vicioso en donde el malestar de la culpa provoca angustia el paciente vuelve a comer para volver a sentir placer. Un placer que se va cuando traga el último bocado y nuevamente vuelve a

sentir culpa. La única manera de estar en paz con uno mismo cuando se tiene una deuda es pagándola (Ravenna, 2007).

Otro de los inconvenientes para la paciente fue el pesarse todos los días. Ella tiene una personalidad muy obsesiva y el tener que pesarse todas las mañanas y tener 100 gramos de más le provocaba angustia y ansiedad. Con lo expuesto, las terapeutas le plantearon que era conveniente que se pesara una vez por semana, el resultado empezaría a ser notorio a medida que ella hiciera las cosas correctamente; de esta manera lograría no perseguirse día a día con el número que indicaba la balanza, porque le hicieron entender que muchas veces puede influir otros factores, como por ejemplo la retención de líquidos.

A partir de todas estas intervenciones, la paciente manifestó que la ayudaron porque lograron tranquilizarla y tomarse con más calma el tratamiento.

En la etapa de mantenimiento, ingresó al nuevo grupo con cierto miedo por no saber de que se trataba. Pero con el tiempo, incorporó muchas tácticas para seguir manteniendo ese límite que había logrado. Ravenna (2007) plantea que siempre hay un miedo al cambio, el hecho de enfrentarse a un proceso de adelgazamiento llevará al paciente a cambiar de comidas, modificar conductas y relacionarse de otra manera con el mundo, es decir, cambiar todo por lo que se ha vivido. Con el cuerpo delgado y con un cambio en el pensamiento y conducta habrá otra persona, ya no será la misma. Se verá mejor, con capacidad de seducir a los demás, etc.

El grupo de mantenimiento, estaba constituido por una menor cantidad de personas, de diferentes edades pero con la diferencia que allí todos estaban estéticamente flacos; fue un grupo mas acogedor y más cómodo para la paciente ya que allí estaba con personas que estaban flacas; los temas de debate eran acerca de las conductas, alimentos adictivos, tácticas y estrategias para no desbordarse y mantener el peso.

En dicho grupo se propone la desmitificación de creencias instaladas y adquisición de conocimientos, asimismo la contención y elaboración de temores y ansiedades que una vez que hayan sido resueltas enriquecen el comportamiento del paciente.

Los pacientes se descubren en esa relación con el alimento, el síntoma por el que se acercan a establecer un tratamiento de esa índole marca la modalidad de vincularse. En ese instante del tratamiento no se trata de aceptar prescripciones y prohibiciones sino como son capaces de poner bajo la lupa el hecho de analizar las sensaciones, emociones, estados anímicos y conductas. En dicho proceso el paciente se descubre en sus posibilidades y flaquezas, en lo que lo afecta y lo que lo lleva al impulso de ingerir alimentos en cantidades desmedidas y calidad desaconsejada. Asimismo, es un ámbito eficaz en donde se instaura la posibilidad de un encuentro significativo con el otro, es decir, instala el plano de la acción, de hacer junto con otros. Se trabaja sobre cada situación vital y de modo creativo para poder sostener los logros. En conclusión, se busca la construcción posible del “estar flaco” (Linehan, 2001).

Al ser un grupo más chico, las intervenciones de las terapeutas eran más individualizadas y se podían centrar en la problemática o inquietud que manifestaba el paciente; por ello todos los individuos del mismo tenían una relación más cercana, hasta por fuera de la institución.

En dicho grupo, todos los pacientes si lo desean pueden ingerir todo tipo de alimentos, por ejemplo, hidratos de carbono en una medida acotada.

La paciente manifestó que hizo la prueba de ver que le sucedía si ingería por ejemplo, un plato de fideos. Luego de hacerlo, contó que sintió la sensación de tener ganas de seguir comiendo. Al exponer esta situación, la psicóloga le hizo ver que mucha gente queda “pegada” a ciertos alimentos ya que contienen sustancias adictivas. La etapa de mantenimiento se trata de probar si uno queda o no pegado a ciertos alimentos que fueron sacados en la etapa de descenso.

Entonces se le propuso eliminar esos alimentos de su vida cotidiana para evitar situaciones en las que ella pudiera sentir culpa o malestar.

Ravenna (2006), plantea que el cerebro humano incorporó una nueva tarea: el pedir más y más comida. El hipotálamo o centro de placer cerebral en los que la serotonina, adrenalina, norepinefrina y la dopamina son los principales actores, está desbordado de demanda; porque para alcanzar la estabilidad necesita de más cantidad de estímulos e implementar estrategias de compensación.

Farber (2006), corroboró que el nervio vago es el que media entre lo que se come y lo que la persona siente. Ese nervio lleva la información al cerebro y luego se activan los centros que tienen que ver con el deseo. Por eso, lo que busca el individuo al comer es la recompensa de una sensación placentera. Es decir, que las personas no quieren la comida en sí, sino la sensación que genera ese comer. La paciente manifestó que las intervenciones y las técnicas propuestas por las psicólogas la ayudaban; debido a que dejó de consumir alimentos que le generaban ansiedad y adicción.

Finalmente, manifestó que el trato de las psicólogas, la ayuda que le brindaban y el grupo terapéutico eran una de las cosas fundamentales que tenía el tratamiento. Los grupos que son heterogéneos y con una coordinación profesional facilitan el proceso y la apropiación de los cambios obtenidos en el proceso de adelgazamiento, que los pacientes deben realizar para mantener sus logros obtenidos, el encuentro con la salud y una calidad de vida adecuada. El abordaje grupal aporta una riqueza a la tarea psicoterapéutica, y también favorece el abordaje del cuerpo en movimiento, es decir, del cuerpo en acción (Hoste, 2005).

CONCLUSIÓN

El tratamiento de la obesidad consta de la psicoterapia conductual que tiene como objetivo la reducción del peso para modificar los hábitos de la alimentación.

Hay diferentes tipos de intervenciones, pero una de ellas es fundamental, el “automonitoreo” que permite identificar las influencias personales y ambientales que regulan la ingesta. El paciente debe hacer un registro detallado de cada ingesta y las circunstancias en las que ésta ocurre (Fairburn, 1981).

Esto es importante ya que de esta forma la persona puede darse cuenta que elementos externos o internos influyen en la alimentación de más.

Wadden (2000) plantea que tener éxito en la realización de una dieta debe contemplar la reducción del peso, un estilo de vida menos sedentario integrando la actividad física, aceptación de la imagen corporal y cambios en los hábitos de la alimentación. El Dr. Máximo Ravenna (2007) hace hincapié en ello cuando habla de “corte, medida y distancia”; y le pone énfasis en que mejora el humor de la persona sin provocarle ansiedad y abstinencia; como así también plantea que las adicciones se dan en soledad y se curan en grupo.

Estimula con la capacidad de ponerse en movimiento físico; produciendo cambios corporales, agilidad, energía sin sacrificio. Hay bienestar porque no hay hambre y alegría porque se baja rápido y sostenidamente. Es una dieta que produce mucha saciedad y permite que la persona pueda comer tranquilamente sin tener inconvenientes.

Asimismo, hace hincapié en la conducta de los fines de semana, que no son días para desprogramarse sino que hay que programarse mejor que los otros días semanales. Aunque, a la paciente no le sucedió lo mismo, ha tenido episodios en los que el fin de semana resultaba muy desorganizado y en alguna salida no poder controlarlo.

En cambio, si se compara el tratamiento de Dr. Ravenna con el del Dr. Cormillot hay una gran diferencia. En el primero es fundamental consumir 600 calorías diarias y comer cuatro veces por día; en cambio, en el segundo se consumen más

calorías y se ingiere alimentos 6 veces por día dando como incentivo un permitido, cuestión que Ravenna no lo permite.

Por ello, el plan nutricional del Dr. Cormillot (1988) es más amplio debido a que toma en cuenta la personalidad de la persona que consulta, el grado de sobrepeso que tiene, el ritmo en el adelgazamiento y como se adapta al plan. Este tratamiento incluye tres cosas importantes: Un programa de alimentación razonable; un plan de actividad física que consta de hacer ejercicio intensamente para provocar que el apetito disminuya; y finalmente la modificación de la conducta asociada con la obesidad.

Esto se observa en el hecho de que L entró a la institución sin sobrepeso y estuvo realizando una dieta de 600 calorías para reducir solamente 2 kilos; y no tener un plan personalizado de más calorías por la poca cantidad de kilos que debía bajar.

En los objetivos de este trabajo fue fundamental tener en cuenta la motivación y las expectativas que tuvo L respecto al tratamiento.

La motivación es dinámica, origina una necesidad, y personal que lleva al individuo a una acción y se debe modificar en el transcurso del tratamiento para complementar al deseo de ser flaco (Cormillot, 1988). La motivación de L fue aumentando día a día; manifestó la importancia de los grupos debido a lo bien que le hacía el apoyo de sus compañeros y de sus coordinadoras ya que le daban fuerza para poder ponerse el límite y no comer de más.

Velázquez (2004) plantea que todo esto incluye la evaluación de cuánto quiere bajar el paciente, los cambios en la salud o el estado psicológico; ya que la sociedad sobrevalora la delgadez y conlleva a hacer dieta con el único fin de cambios estéticos. Este énfasis que se le pone a la delgadez puede llevar a que la persona logre un peso que le es difícil mantener por sus factores genéticos y fisiológicos, provocando que sus expectativas disminuyan.

Dicha descripción se la asocia al caso ya que la paciente ingresó a la institución para reducir kilos no necesarios, y que a futuro le podría ser difícil mantener; en vez de orientarla a realizar terapia individual para trabajar otras cuestiones de personalidad.

Respecto a L, se la puede considerar una dietante crónica, ya que fue una chica que siempre estuvo a dieta por miedo a subir de peso. La característica de los dietantes crónicos, según Silva (2006) es que son personas que limitan su alimentación de forma continua por el miedo a subir de peso. Si bien la restricción crónica de la alimentación no representa un trastorno psicopatológico, es riesgoso ya que puede llegar a producir desórdenes en la alimentación. Es así como la historia emocional está ligada a lo que se come a lo largo de la vida. Por ejemplo, el desamor, la culpa, el abandono, la rabia, celos; pueden intentar expresarse a través de los conflictos en la alimentación.

Asimismo, el estar pensando en comer, puede ser que esté mostrando un conflicto en otro terreno. Cuando la boca no pronuncia lo que una persona siente, traga para aliviar esa sensación emocional (Menéndez, 2007).

Esta definición se la puede adaptar al caso, por ejemplo cuando en su discurso cuenta que cada 15 minutos abría la heladera de la casa para ver que podía comer. Esto puede ocasionar un descontrol alimentario en donde la persona ingiere grandes cantidades de comida, con una sensación de pérdida de control cuando se come; que luego de haber ingerido el alimento aparecen los sentimientos de culpa y la sensación de enojo, desesperación y decepción por no poderse controlar, afectando la autoestima. Otro momento en donde se lo puede observar, es en la cena que la paciente tuvo con su novio que ella comió de todo sin tener control ni límite sobre lo que ingería; en ese momento sintió que no le importaba pero otro día se sentía muy culpable porque no pudo decir que “no”.

Zuñiga (2004) plantea que otro de los factores que cabe destacar, es la ansiedad. Si el comer como recurso “anti ansiedad” se transforma en algo habitual, con el tiempo se aumentará de peso; creando un círculo vicioso en donde la ansiedad se reduce ingiriendo comida, luego se transforma en un motivo de preocupación por lo que nuevamente aparece la ansiedad como mecanismo compensador.

Como aporte personal respecto del caso y la teoría buscada, se llega a la conclusión que L es una chica que estéticamente está perfecta, su inconveniente pasa por no tener el control adecuado de lo que come; desde el lugar que ella es

muy obsesiva, compulsiva, y en algunos discursos ha demostrado ser muy ansiosa.

Desde una visión personal, es inentendible el motivo por el cual una institución que se dedica a la obesidad acepta una chica que no posee obesidad ni sobrepeso, y realiza una dieta de 600 calorías para bajar solamente 2 kilos. Desde ese lugar, es importante que cada paciente tenga su plan personalizado en base a la cantidad de calorías que realmente tiene que consumir para bajar determinada cantidad de kilos.

Esto es fundamental ya que la paciente va a bajar kilos, pero el problema viene después, en si realmente los puede mantener.

Están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de este tipo de dietas hipocalóricas estrictas, como el aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad, en donde el paciente se empieza a sentir culpable, con vergüenza, etc; logrando tal vez el desarrollo de otras patologías como por ejemplo, la depresión, ansiedad y angustia.

Las terapias individuales con un encuadre teórico psicodinámico, tienen como objetivo que el paciente modifique determinadas fallas en la estructura de la personalidad, que son las que lo llevan a concurrir a la descarga oral para compensar la ansiedad que se le presenta. El tratamiento más efectivo es aquel que apunte a ayudar al paciente a diferenciar los sentimientos y desarrollar una adecuada capacidad de simbolización (Wheller, 1994).

Por ello, otra de las cuestiones que no fue asesorada es en realizar terapia individual, los grupos de la institución son muy importantes para el tratamiento; pero en el caso específico de ella, el problema está en su personalidad y el comer compulsivamente tapa otros aspectos personales que en un grupo eso no se muestra, y en psicoterapia individual se manifestarían.

Este tipo de tratamientos ocasionan que siga el problema, y apunta a la vulnerabilidad emocional de la paciente como causa de la enfermedad, siendo la comida una manifestación de la misma. Debido a esto, es importante un tratamiento que exclusivamente se focalice en esa vulnerabilidad para que la paciente pueda entender el mecanismo cerebral que se produce con la ansiedad y

el estrés y le permita desarrollar estrategias para enfrentar los problemas que desatan esta activación cerebral.

Este trabajo tuvo ciertas limitaciones, el no tener participación activa en los grupos no permitió desarrollar preguntas que en ese momento resultaban pertinentes para el desarrollo del caso. Asimismo, la imposibilidad de tener acceso a un contacto tan fluido con las coordinadoras de los grupos no permitió discernir ciertas cuestiones respecto a la paciente.

Finalmente, hubiese resultado interesante una entrevista personal con el Dr. Máximo Ravenna para preguntarle acerca de porqué aceptan una chica que no tiene obesidad, cuál es el objetivo, que es lo que pretenden, etc. Eso creo que hubiese servido para encontrar la verdadera razón de porqué aceptan un caso así.

BIBLIOGRAFÍA

Bastos, A.A., González Bato, R., Molinero González, O. & Salguero del Valle, A. (2005). Obesidad, nutrición y actividad física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 18.

Beck, A. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Bilbao: Desclee de Brouwer S.A.

Bellido, D. (2006). Bases científicas de una alimentación saludable. *Revista de medicina de la Universidad de Navarra*, 04, 7-14.

Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*, 04, 537-546.

Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.

Carretero, M. (2002). Tratamiento de la obesidad. *Revista offarm*, 03, 128-131.

Cooper, Z. (2003). *Cognitive-Behavioral treatment of obesity*. New York: The Guilford Press.

Cormillot, A. (1988). *El arte de adelgazar*. Argentina: Javier Vergara ediciones.

Corsino, E. (2000). *Conceptos básicos de nutrición*. Recuperado el día 3 de Octubre de 2011 de <http://www.saludmed.com/Salud/Nutricion/ConcptBa.html>.

Durán, C. (2011, 26 de Enero). Dietantes crónicos: el peligro de una inadecuada nutrición. *Diario Hoy*.

Faig, C. (2007). *Motivación: porque un peso saludable*. Recuperado el día 30 de Agosto de 2011 de <http://www.carlosfaig.com.ar/index.html>.

Fairburn, C. (1981). A cognitive-behavioral approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-11.

Farber, M. (2006, 19 de Octubre). Esas vitales tentaciones. *Clarín*.

Fernández, A. (2005). *Instituciones Estalladas*. Buenos Aires: Eudeba.

Foster, G. (1997). What is a reasonable weight loss? Patient's expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *Consult Clinic Psychology*, 65, 79-85.

García, E. (2004). ¿En qué consiste el tratamiento multidisciplinario de la obesidad?. *Revista de endocrinología y nutrición*, 12, 148-151.

García Tejera, M. (2007). Relación Médico-Paciente: Adherencia al Tratamiento en Enfermedades Crónicas. *Revista Eprocad*, 02, 146-157.

Gibson, E. (2006). Emotional influences on food choice. *Journal of physiology & behavior*, 89, 53-61.

Goldman, C. (2011). *Vínculos pegajosos*. Recuperado el día 31 de Agosto de 2011 de [http://www.buenastareas.com/ensayos/Vinculos-Pegajosos Obesidad](http://www.buenastareas.com/ensayos/Vinculos-Pegajosos%20Obesidad).

Hoste, M. (2003). Los grupos y la destitución institucional. *Revista tramas*, 21.

Koffman, R. (2009). Emocionalidad y automatismos en la psicoterapia de la obesidad. *Revista médica de Rosario*, 75, 20-22.

Linehan, M. (2001). *Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

Lofrano, J. (2006). Position of the American Dietetic Association. *Journal of Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders*, 106, 73-82.

Marques; Lopes. (s/f). *Dietas Adelgazantes*. Recuperado el día 1 de Junio de 2011 de <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple15a.html>.

Menéndez, I. (2007). *Alimentación emocional*. Barcelona: Plaza Edición.

Montero, J. (s/f). *Tratamiento integral de la obesidad y su prevención*. Recuperado el día 6 de Noviembre de 2011 de <http://www.cfnavarra.es>.

OMS. (2011). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el día 23 de Mayo de 2011 de <http://www.who.int/es/>

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

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

Ravenna, M. (2007). *La medida que adelgaza*. Buenos Aires: Ediciones B.

Ravenna, M. (2008). Como recuperar la silueta. *Revista centímetros de salud*, 13, 4-10.

Ravenna, M. (2009). *De la a A la Z, camino a la delgadez*, (P.23-27). Buenos Aires: Ediciones B.

Saldaña, C & Rossell, R. (1988). *Obesidad*, (P.53-81). Madrid: Martínez – Roca.

Silva, J. (2006). Diferencias individuales en dietantes crónicos. *Revista médica de Chile*, 134, 735-742.

Smith, C. (1999). Flexible vs. rigid dieting strategies. *Journal of relationships with adverse behavioural outcomes*, 32, 295-305.

Solow, S. (2001). The armored self: The symbolic significance of obesity. Hungers and compulsions: *The psychodynamic treatment of eating disorders and addictions*, 04, 171-182.

Velázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso?. *Revista de endocrinología y nutrición*, 12, 136-142.

Wadden, T. (2000). Behavioral Treatment of Obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 510-525.

Wardle, J. (1998). *Cognitive-behavioural treatment in obesity*. Oxford: Blackwell Science.

Wheller, K. (1994). Alexithymia and overeating perspect. *Journal of Psychiatry care*, 30, 7-10.

Zúñiga, A. (2004). *Entrevista sobre comedores compulsivos*. Recuperado el día 31 de Agosto de 2011 de http://www.eatingdisorders.com.mx/la_entrevista.htm.