



# UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad: Ciencias Sociales

Tutora: Doctora Gabriela Ramos Mejia

Tesis: Evaluación del rol del psicólogo cognitivo conductual en el tratamiento para descender de peso.

Alumna: Alejandra Rappa

## ÍNDICE

INTRODUCCION.....	3
MARCO TEORICO.....	4
TRATAMIENTOS.....	10
METODO DE ADELGAZAMIENTO QUE IMPLEMENTA LA INSTITUCIÓN.....	24
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>24</b>
Objetivo especifico 1.....	25
Objetivo especifico 2.....	25
Objetivo especifico3.....	25
ENTREVISTA DE ADMISION.....	25
INTERVENCIONES EN 1RA ETAPA DEL TRATAMIENTO.....	29
Intervenciones especificas.....	29
INTERVENCIONES EN LA 2DA ETAPA DEL TRATAMIENTO.....	40
Intervenciones especificas.....	40
CONCLUSIONES.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	47

## **INTRODUCCIÓN:**

La residencia se realizará en un centro terapéutico, situado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante un cuatrimestre. El motivo por el cual se eligió esta institución radica en que es uno de los centros más serios y prestigiosos en el tratamiento de esta enfermedad. La temática a desarrollar se basará en el rol del psicólogo cognitivo-conductual en el tratamiento de una de las adicciones que más afectan a la población actualmente como es la obesidad. La actividad que se realizará allí consistirá en evaluar las intervenciones que realiza el psicólogo cognitivo-conductual en las entrevistas de admisión, durante el grupo de "descenso rápido" y en el grupo de "mantenimiento". Este centro terapéutico es una institución dedicada al tratamiento de la obesidad y otros desordenes alimenticios. Se trabaja de manera interdisciplinaria entre psicólogos, nutricionistas, profesores de educación física y médicos para que el paciente pueda recuperarse de su adicción. Para todas las etapas vitales y distintos niveles de sobrepeso, el centro brinda planes nutricionales, educación alimentaría, terapias individuales o grupales y actividad física adaptada; los programas a seguir están basados en el concepto de corte, medida y distancia con la comida y la detección de los vínculos adictivos con los alimentos.

## MARCO TEÓRICO

La obesidad es la más grande epidemia a nivel global que se registra en la historia de la humanidad. Una de las múltiples líneas teóricas (propuesta por el Dr. Ravenna) sostiene que nos encontramos frente a una enfermedad/adicción no infecciosa que se transmite entre la gente, de hábito en hábito; y para peor, de generación en generación, en forma recurrente y progresiva.

Ahora bien, aunque la obesidad depende de varios factores relacionados (la comida ingerida en exceso, la bebida, la conducta, la personalidad, el entorno sociocultural, la familia, alguna base genética), solo nos muestra una arista más de un desborde de dimensiones aún mayores ( Ravenna, 2009).

La percepción de la obesidad en la sociedad ha cambiado en los últimos tiempos; se ha llegado a aceptar la delgadez como sinónimo de triunfo social, mostrando a la persona obesa como perdedora. El miedo al exceso de peso afecta tanto a hombres como mujeres, por lo que la población devora toda la información relativa a la nutrición, a la belleza, a la salud, al triunfo social y personal. La obesidad en este contexto añade un fuerte factor de estrés, ansiedad y sentimiento de inferioridad que condiciona las relaciones laborales, afectivas y sociales. No es de extrañar que el obeso se menosprecie a sí mismo por su imagen corporal y tenga una autoestima baja ( Magro & Rivera, 2008).

Como sostiene Mardomingo (2003) una de las manifestaciones más reveladoras de la evolución de la especie ha sido la transformación progresiva de la relación con la comida, que a su vez ha modificado la relación del individuo con su cuerpo y el significado de la imagen corporal. En verdad el obeso, ha sido durante siglos víctima de una imagen corporal nunca contemplada como neutra, sobre la cual se han proyectado todo tipo de atribuciones y que ha generado actitudes contrapuestas. Denostado o admirado según las épocas o las culturas (objeto de espectáculo, revelación de poder, signo de prestigio social o perversión) no ha podido escapar al rotulo de enfermo.

A continuación veremos como fue concebida la gordura en el mundo occidental a partir de los griegos, para luego adentrarnos en sus características actuales ( Ravenna, 2006).

En el pasado fue considerada como un signo de status social y probablemente ofreció ventajas selectivas en el proceso evolutivo del hombre. Poseer una reserva de energía para momentos de escasez de alimentos, sin duda ofrece una mayor capacidad de adaptación a un medio ambiente adverso. El aumento en la prevalencia de ésta

condición, llegando a ser considerada como una pandemia de la época moderna, es algo nuevo (Albala, Kain, Burrows & Diaz, 2000).

Históricamente la mayor parte de la existencia del ser humano en la tierra la ha vivido como un cazador-recolector, debiendo resistir las frecuentes carencias de alimentos. Este hecho produjo, a través de un proceso de selección, el progresivo predominio en el genoma humano de aquellos “genes ahorradores” que favorecían el depósito de energía, permitiendo una mayor supervivencia y a la vez alcanzar la edad reproductiva. Cómo sostiene Álvarez Cordero (2004) quién comía mucho y estaba gordo, podía aguantar mejor los días de ayuno (ya que los cazadores no siempre tenían fortuna en su caza), en tanto los flacos morían.

Hace unos 12.000 años algunos grupos humanos cambiaron el hábito cazador-recolector para iniciar la producción y almacenamiento de alimentos. Éste cambio requirió la selección y cultivo de plantas y la domesticación de animales; ésta transformación económica es conocida como la revolución neolítica. No solo es considerada el suceso más importante en la historia de la humanidad sino que es el lejano antecedente de las sociedades favorecedoras de la obesidad. (Salas-Salvadò, García Lorda & Sánchez Ripollès, 2005). Es decir, la caza y la recolección implicaban un estilo de vida nómada, con asentamientos temporarios y una organización social dispersa, sujeta a las arbitrariedades del terreno y del clima. En cambio, con la irrupción de la agricultura el hombre pasó a ser sedentario; en lugar de correr en busca de su alimento, lo genero él mismo por medio del cultivo de la tierra y se transformó en un productor (Ravenna, 2006).

La gran figura de la medicina Griega, Hipócrates (siglo V a.c.), realiza un minucioso estudio de la enfermedad a través de la observación de los síntomas que presenta el paciente y señala que la muerte súbita es más común en los obesos que los delgados. Desarrolló varias teorías sobre el funcionamiento del cuerpo basadas en los elementos y humores; en las cuales la salud era un estado en el que existía un balance entre estos humores. Asimismo Platón proclama que la obesidad se asocia con una menor calidad de vida. Otra de las personalidades más importantes de la historia de la medicina, Galeno (siglo II d.c.) identificó dos tipos de obesidad: moderada (natural) e inmoderada (mórbida). Algunos de sus consejos fueron tendientes a corregir el estilo de vida inadecuado que conllevaba la enfermedad (Salas-Salvadò, García Lorda & Sánchez Ripollès, 2005). En el caso del Imperio romano, su conducta va a estar regida por una disciplina que proviene de uno mismo y está basada no sólo en conceder a los sucesos la

importancia correspondiente sino en mantenerse firme en un propósito. Uno de los métodos que utilizaban para combatir la desmesura en el comer consistía en eliminar mediante vómitos autoprovocados el exceso de la comida. Asimismo, vemos que los ideales estéticos de la Antigüedad están ligados a ideales éticos; no surgen azarosamente sino que tienen que ver con una percepción integral de la cultura. El obeso es, en este contexto, un trasgresor, come excesivamente, sus proporciones no son armónicas y su comportamiento está lejos de ser racional ( Ravenna, 2006). A continuación vamos a analizar más detalladamente la concepción de los alimentos a lo largo de la historia.

Hace 25. 000 años las técnicas del dominio del fuego hicieron posible la cocción de los alimentos, facilitando su masticación y digestión. Esto aumentó el espectro alimentario hacia elementos menos consistentes, lo que redujo el volumen de los músculos masticatorios. Caza, pesca y recolección fueron resultando insuficientes para proveer alimento a una población que iba en aumento, lo que obligó a la migración en búsqueda de espacios nutricios. Para esto fue necesario contar con un transporte eficiente que significaba menor costo energético en la búsqueda con el resultado de correr distancias mayores.

Durante el Medioevo y el comienzo del Modernismo se desarrollaron técnicas como el refinamiento de los alimentos (se separó la energía de los nutrientes) que se constituyeron en uno de los primeros mecanismos de sobrealimentación en el mundo (Bauza & Celis, 2007). Consiguientemente nació el tan temido binomio: mucho ingreso y poco egreso, mucha ingesta y poco ejercicio físico, enmarcados por un cambio sustancial en la calidad de los alimentos. La llegada de la agricultura incorporó papas, legumbres (maní, soja, porotos), cereales (trigo, maíz, arroz, cebada y avena) y más tarde, alimentos procesados (azúcar, alcohol, pastas, pan, etc). Hoy en día se sabe, que una dieta alta en carbohidratos refinados no es tan saludable como se creía ( Ravenna, 2006).

Como sostiene Ravenna (2006) lo que cambia fundamentalmente en el mundo cristiano con respecto al paganismo es la actitud frente al goce. En este contexto, el exceso en el comer adquiere múltiples connotaciones. Tal es así, que la gula, convertida en pecado capital, es la expresión más clara del desorden y del vicio. Pero si bien, se desarrolla una moral cristiana de contención, los modelos de la alta nobleza de la Edad Media imponían beber y comer en cantidad, de modo que el exceso era bien visto. Con el inicio de la aristocracia cortesana (siglo XVI) aparecen las primeras indicaciones sobre los modales en el comer. Se inicia, la concepción moderna del “bien vivir”, en el cual la

moderación como signo de buenas maneras debe dirigir todos los actos. Por lo tanto, la civilidad implica buenas maneras y pertenencia a una clase social; quién sucumbe ante el exceso es condenado socialmente. Asimismo, dicho rechazo ante el desborde se extiende hasta principios del siglo XIX, momento en el que la cultura del comer es arremetida por un nuevo fenómeno: el sentido del gusto, el que, a la vez que procura sensaciones, permite otras posesiones múltiples y sutiles (recuerdos, emociones, deseos, etc). Es a partir de este momento que se acrecienta el hecho de comer sin tener hambre y beber sin tener sed, gracias al goce de la mesa y al deseo de prolongar su duración. Es en esta última década, que las tendencias modernas dirigidas al aumento de la prosperidad y la urbanización, tientan a consumir más a un público, que reduce cada vez más su gasto energético.

Sánchez (1994) sostiene que hay una gran paradoja mundial, porque mientras que las dos terceras partes de la humanidad padecen hambre por carencia de alimentos, el gran problema de la sociedad occidental es la lucha contra el hambre como apetito desordenado.

La obesidad no se encuentra clasificada como trastorno psiquiátrico en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición ( DSM IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, a diferencia de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima adición ( CIE10), de la Organización Mundial de la Salud, en cuyo capítulo sobre Trastornos mentales y del comportamiento, figura el cuadro de: “Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas”. En él se incluye la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad: duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y sucesos imprevistos que pueden dar lugar a una ganancia de peso. Aclara que la obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y eso desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales o exagerar la valoración subjetiva de las dimensiones corporales ( Rovira, s.f.).

La Organización Panamericana de la Salud emplea el neologismo globesidad para referirse a la tendencia mundial al aumento de peso, lo cual, se considera alarmante porque dejaría de ser una cuestión de estética individual para pasar a pertenecer al terreno de la Salud Pública ( Ravenna, 2006). La palabra obesidad proviene del latín “obesitas” que significa “a causa de lo que como” (Álvarez Castilla, 2006). De modo que obeso es un termino más científico y médico, en tanto que gordo es un adjetivo calificativo que tiene una carga emocional muy importante ya que el gordo no sólo es

voluminoso sino torpe, tonto, inútil, etc; y eso es de gran importancia para la vida de quién sufre exceso de peso ( Álvarez Cordero, 2004). El costo para la sociedad se relaciona no tan sólo con las muertes y la carga de enfermedad, sino con la discapacidad y la calidad de vida de la población ( Albala, Kain, Burrows & Diez, 2000).

El sobrepeso y la obesidad se definen tomando como base el índice de masa corporal, que se determina como el peso dividido por la estatura al cuadrado ( Wadden, Stunkard & Berkowitz, 2006). Habitualmente se define un índice de masa corporal mayor a 28 como punto de corte a partir del cual la obesidad se convierte en un factor de riesgo de importancia creciente para el aumento de prevalencia de diabetes, hipertensión arterial y otras complicaciones (Sánchez, 1994).

Algunos autores (Álvarez Cordero, 2004) analizaron las consecuencias graves que esta condición conlleva para la salud: aumento de los casos de diabetes; hipertensión arterial; infarto de miocardio; y lesiones de los pulmones, hígado, riñones, huesos y articulaciones. Asimismo se sabe que las enfermedades llamadas degenerativas, en especial el endurecimiento de las arterias, se debe en gran parte a un estado crónico de inflamación producido por los alimentos ricos en grasa y abundantes en calorías, que no sólo aumentan el peso del cuerpo sino que lo pueden dañar gravemente. Se ha descrito un síndrome que aparece en personas con obesidad extrema caracterizado por somnolencia, prurito, hipertrofia vascular e insuficiencia cardiaca ( Mindan, 1996).

Según el consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, ésta se define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez traduce un incremento de peso (Moreno, 2005). Interesa resaltar el concepto de enfermedad crónica con el que se define hoy la obesidad, para desterrar de manera definitiva la inaceptable concepción que algunas personas podrían aún mantener de la misma como una enfermedad estética debida a la glotonería y a la falta de voluntad de los pacientes ( García- Camba, 2007). La obesidad es consecuencia de una tendencia adictiva en la que se interrelacionan el objeto, la persona, la familia y el entorno socio-cultural. Aspectos psicológicos tales como depresión y ansiedad se expresan mediante conductas compulsivas, voraces, automatizadas y dependientes ( Ravenna, 2006). Por tanto, la obesidad debería valorarse como una patología de gran importancia y alto costo sanitario-económico y no catalogarse como el “resultado de la glotonería y la falta de fuerza de voluntad” ( Ravenna, 2009,p.30).

Además, esta forma de valoración de la enfermedad por parte de los médicos y de la población en general constituye una importante barrera que dificulta su tratamiento.

Entonces, debería considerarse la obesidad como “obesidad esencial”, de forma que desapareciesen adjetivos tales como “apatía y/o glotonería” y se estimulase la aplicación de tratamientos serios y efectivos ( Escofet, 1994).

Es importante mencionar que aquellas definiciones que ponen énfasis en los factores ambientales y en los estilos de vida desfavorables, resultan más acordes con las propuestas terapéuticas disponibles en la actualidad que tienen como común denominador la propuesta de un cambio en el estilo de vida basado en el ejercicio y un tratamiento cognitivo-conductual adecuado a las necesidades del individuo. En cambio, aquellas definiciones que enfatizan la complejidad de las alteraciones metabólicas que determinan la obesidad y los factores genéticos que subyacen en cada una de ellas, son más adecuadas para promover la investigación científica en la obesidad que para motivar al paciente obeso y a los profesionales que lo tratan ( García-García,2004).

La conducta alimentaria es un aspecto fundamental de la homeostasis energética, proceso mediante el cual, el tejido adiposo se mantiene estable durante largos períodos. Para que esta estabilidad se logre, la cantidad de energía consumida debe ser igual a la energía gastada. En el caso de la obesidad, la homeostasis energética está alterada y aunque el predominio de la ingesta sobre el gasto es indispensable para determinar el balance energético positivo que caracteriza la obesidad, la ecuación presenta grandes variaciones interindividuales tanto en lo que se refiere a la ingesta como al gasto energético. Estas variaciones dependen de factores genéticos y ambientales que conforman un complejo escenario metabólico y neuroendocrinológico ( Albala, Kain, Burrows & Diez, 2000). Los elementos que aparecen en las definiciones de obesidad son los siguientes: es una enfermedad crónica; es un padecimiento complejo (en su génesis intervienen factores genéticos y ambientales); es heterogénea en cuanto a su expresión clínica ( las distintas categorías diagnósticas que tiene la obesidad afectan de distinta forma la salud del individuo); es un factor de riesgo para futuras comorbilidades; es un problema de salud pública; y requiere de un tratamiento que incida sobre factores biológicos y psicológicos que lo determinan ( García-García, 2004).

La actitud frente a la comida y los hábitos de alimentación suelen adquirirse durante la infancia y de modo preferente en el medio familiar. En este proceso de aprendizaje se imbrican los factores genéticos y los factores ambientales y el peso final del sujeto será el resultado de la interacción entre ambos. Al mismo tiempo que el niño aprende a comer, los alimentos y el hecho de comer adquieren un determinado significado. No es

infrecuente que el comer se convierta en un modo de compensación de las frustraciones y adquiera un fuerte contenido emocional en la vida del sujeto. Comer deja de ser un placer social (un momento de intercambio y encuentro con los demás), y pasa a ser un placer esencialmente individual, en cuya realización el sujeto encuentra un modo de compensación frente a las frustraciones y contrariedades de la vida ( Mardomingo, 2003). Silvestri & Stavile (2005) coinciden al sostener que muchos alimentos poseen un valor simbólico o emocional, por estar asociados a recuerdos buenos o malos, a personas, etapas de la vida, etc. Por lo tanto, es imprescindible identificar si existen estas asociaciones en la persona obesa que se encuentra en tratamiento para que no constituyan un obstáculo al mismo. Una característica principal de los obesos es su dificultad para identificar sus propias emociones, lo cual hace que recurran a comer en exceso, como una estrategia para manejarlas ( Bersh, 2006).

Sin embargo, hasta nuestros días la obesidad no ha sido considerada una patología psíquica y sólo se la incluyó en el grupo de Enfermedades Mentales en el DSM III, en el CIE 10, etc. En estos se la describe como: “ excesiva ingestión de todo tipo de alimentos, debido a causas culturales o a hábitos alimentarios” ( Escofet,1994 ). Esto significa que aparece como una respuesta ante el resultado de acontecimientos vitales estresantes ( ej: pérdida de un embarazo, una mudanza, pérdida de un ser querido, etc) o como causa de una patología psíquica ( ej: la depresión de una dieta). La obesidad se va a convertir en un problema psicológico cuando las presiones sociales y culturales sobre las personas, las lleven a rechazar su propia imagen corporal, porque no se ajusta a los cánones estéticos dominantes. Para este autor, es fundamental percibirse obeso y desear perder peso por razones estéticas.

Duperly (2004) sostiene que hay que tener en cuenta los factores psicológicos individuales que produce la obesidad en cada individuo. Por lo tanto, el obeso está controlado por eventos externos y percibe sus estados afectivos como “ hambre” y esto lo lleva a comer ( fallaría el control interno de saciedad). Es decir, responde más fácilmente a presiones del medio ambiente y esto aumenta en situaciones de ansiedad o depresión. Minelli & Agano (2006) señalan como factores externos: los cambios de ambientes ( ej: mudanzas); cambios relacionales ( ej: divorcios, matrimonios, etc) o cambios profesionales ( ej: un ascenso). Estos factores no son vitales pero son críticos en la relación del individuo con su cuerpo. Se engorda para enfrentar mejor la ansiedad, la angustia, la soledad, el miedo, un duelo, etc. Alonso (2003) argumenta que el hábito

de responder al estrés con una entrega inhabitual a la comida, se potencia con la presencia de un estado depresivo.

Sanroma & Perez (1997) plantean una relación circular entre la obesidad y los trastornos de la personalidad. Es decir, los obesos calmarían su ansiedad comiendo e inversamente la obesidad les produciría trastornos en el carácter.

Otros autores ( Popper, 1998 ) señalan que el comer en exceso aparece como un mecanismo ante el sentimiento de falta que produce una dieta o como una respuesta ante las presiones de la vida diaria.

Otras investigaciones ( Mills, 1994 ) argumentan que hay determinadas características de personalidad, como ser dependencia, baja autoestima, pasividad, etc que tienen relación con la obesidad. Faith ( 1996) destaca el papel que juega las creencias de la propia imagen corporal del obeso, siendo que se perciben como grotescos y consideran que los demás les tienen lástima.

Caballo & Manrique (1998) señalan que los obesos comen más cuando se sienten deprimidos, ansiosos o enojados. Setien & Escalante (1996) en sus investigaciones encontraron que los obesos son más pasivos, más vergonzosos, tiene baja autoestima y un concepto distorsionado de su imagen corporal. Esparcia (2006) manifiesta que la ansiedad tiene un papel fundamental en la obesidad y el paciente trata de combatirla mediante una ingesta exagerada. Asimismo se presentan patrones alimentarios caóticos y estilos de afrontamiento ineficaces ( esfuerzos comunicativos que se desarrollan para manejar las demandas externas e internas, que exceden los recursos del individuo). Estos síntomas durante el tratamiento pueden empeorar apareciendo: distimia, insomnio, irritabilidad, etc.

Otras líneas teóricas ( Endara, 2009) remarcan el papel de la crianza en la incidencia de la obesidad. Es decir, la forma en la que el niño perciba la alimentación, la formación de su autoestima, que se identifique o no con el tutor obeso, etc. El niño aprende a suplir sus carencias por medio de la comida y la idea de comer demasiado puede estar relacionada con ser más fuerte para jugar, ser más inteligente, etc.

Martinez, Enguix, Garcia, Madero & Zapata (1990) plantean la existencia de hábitos de alimentación propios de los obesos, ya que presentarían un mayor número de conductas de ingesta emocional que los sujetos de peso normal. El ritmo de ingesta se caracterizaría por ser más rápido, con bocados más grandes y menos masticados. Además agregan que muchas de las características de las personas asociadas a la

obesidad ( ej: ansiedad, depresión, psicosis, baja autoestima, etc) parecen surgir más del rechazo socicultural que de una dieta restrictiva.

### **Tratamientos:**

Como sostiene Rebecca Puhl (2009) las pruebas científicas recogidas a lo largo de varias décadas indican que el estigma del peso es frecuente en el lugar de trabajo, en donde los empleados obesos suelen enfrentarse al prejuicio y la discriminación, como prácticas no equánimes en la contratación, salarios por debajo de lo normal, menos oportunidades de promoción y suspensión indebida del empleo. Asimismo estudios recientes que analizan el contenido de la televisión y las películas populares muestran que los niños con sobrepeso están representados negativamente en los medios en contraste con las personas delgadas, que están representadas de una manera positiva. Por “estigma de peso” nos referimos a actitudes y creencias negativas sobre el peso corporal que se expresan mediante comentarios inapropiados o críticos, la exclusión social e incluso la agresión física. No resulta sorprendente que tenga un impacto considerable sobre el bienestar psicológico de la persona: aumento del riesgo de depresión, baja autoestima, ansiedad, mala imagen del cuerpo y pensamientos que pueden llevar a un comportamiento suicida.

El tratamiento de la obesidad ha sufrido numerosos cambios en las últimas décadas. En los años sesenta las dietas hipocalóricas eran la única alternativa; sin embargo; en 1970 se introdujo un nuevo concepto en el tratamiento para bajar de peso: la terapia de comportamiento. Ésta indica que un cambio en la forma de vida y en los hábitos alimentarios del paciente podría ser la solución a su problemática. En los últimos veinte años se han incorporado técnicas cognitivas que enseñan al paciente a establecer metas realistas, tanto en lo que se refiere al peso como al cambio de conducta, así como a evaluar sus progresos en la modificación de hábitos de alimentación y ejercicio; y se pretende que corrija los pensamientos negativos que se producen cuando no alcanza sus objetivos ( Gauralet- Aza, 2006).

Respecto del tratamiento hay varias investigaciones que plantean que la pérdida de peso lograda exclusivamente a través del seguimiento de dietas hipocalóricas muestra un elevado índice de fracaso, tanto por las dificultades de una adhesión mantenida del tratamiento como la recuperación del sobrepeso una vez conseguida la meta. Dichos autores agregan que el objetivo de cualquier intervención para el tratamiento de la obesidad debe ir mas allá que la mera reducción de peso a través de la implantación, por

parte de un especialista, de una dieta hipocalórica que los pacientes deben seguir con su “fuerza de voluntad”. Es imprescindible la introducción de distintas técnicas cuyo objetivo principal sea la modificación de los hábitos de alimentación y que permitan una mayor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud frente al problema ( Alvarado Sánchez, Benavides Guzman & Gonzalez Ramirez, 2005).

La terapia cognitivo conductual está indicada no sólo para facilitar estrategias de autocontrol, sino para enseñar a los pacientes a identificar estados emocionales y situaciones generadoras de ansiedad que favorecen la aparición de rumiaciones de ingesta, con la finalidad de dotar a los pacientes de habilidades conductuales y cognitivas para hacer frente a esos estados emocionales (Hernández Lira & Sánchez Sánchez, 2007). Este tipo de terapia ha demostrado ser superior a cualquier otra técnica empleada para reducir el peso, en especial, porque el individuo puede poner en practica inmediatamente lo aprendido, por lo que `el establece su propio ritmo de avance ( Pasquel,2006). Es decir, se basa en un modelo de desórdenes alimenticios que enfatizan la interacción de ideas sobrevaloradas sobre el peso y la figura, así como la practica de dietas estrictas que predisponen para un desorden alimenticio. Los terapeutas cognitivo-conductuales se enfocan en estos factores para prescribir comidas regulares y aperitivos, normalizar los patrones de alimentación y reducir la urgencia de un atracón, implementando la exposición gradual a alimentos temidos y trabajando con el paciente en cambiar el pensamiento distorsionado sobre peso, imagen corporal y comida (Villaseñor Bayardo, Ontiveros Esqueda & Cárdenas Cibrian, 2006). Es decir, desde una perspectiva cognitivo social, se puede entender y predecir la elección del alimento midiendo las cogniciones de una persona respecto a la comida. La investigación en este campo indica el papel altamente importante que desempeñan las actitudes ante la comida y el que desempeñan las creencias de una persona respecto al control conductual ( Odgen, 2005).

Los primeros enfoques cognitivos fueron racionalistas y entienden a la psicoterapia como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones. Asimismo el terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar, actuar y dar nuevos significados a su experiencia de un modo mas realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas ( Bulacio, 2004).

Desde las diferentes orientaciones teóricas se acepta que la relación terapéutica es una parte importante del proceso, no solo porque constituye el principal medio para obtener

y manejar los sentimientos e ideas significativas que se persiguen para que cambie la conducta del paciente sino porque con frecuencia determina si el cambio terapéutico se va a producir o no. Cuanto mejor sea la relación que establezca el terapeuta, el paciente va a estar más abierto para explorar sus actitudes y conductas erróneas y asimismo prestará atención a la opinión manifestada por el terapeuta (García-Camba, 2007).

El psicólogo cognitivo sostiene como un principio directriz (a lo largo de toda la terapia), la idea de que la manera en que los pacientes perciben y en consecuencia, estructuran el mundo es lo que determina sus emociones y su conducta. El papel del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a darse cuenta de sus cogniciones y de cómo éstas median su afecto y su conducta. El instrumento más importante del que disponen para realizar sus intervenciones son las preguntas. El preguntar de una forma adecuada es esencial para obtener una imagen no sesgada de las circunstancias que rodean al paciente, con el fin de desarrollar empatía y llegar a una conceptualización específica y concreta del mismo (Cabello, 1993).

El control del estímulo mediante diversas consignas comportamentales apunta a regularizar el comportamiento alimentario, a reducir la influencia del ambiente en éste último y, en definitiva, a que el sujeto tome distancia respecto del alimento (Apdelforder, 2004).

Debido a que la obesidad es inocultable, es comprensible que los pacientes incluyan el aspecto estético como una medida de éxito del tratamiento y es función del profesional compatibilizar los aspectos médicos con los estéticos. Que los objetivos terapéuticos no coincidan con las necesidades personales, no significa que alguno de ellos sea inadecuado, ambos pueden ser correctos (Montero, Cuneo, Fracchini & Bressan, 2002). La tarea del terapeuta no es ofrecer una versión determinada del problema sino cuestionar la consistencia de la versión inicialmente planteada por el paciente y ayudarlo a explorar posibles significados alternativos de los elementos que los integran.

El terapeuta, en principio, debe estar preparado para suspender su juicio y trabajar aceptando el sistema de valores del paciente (en realidad a esto se compromete en el contrato de psicoterapia). Pueden surgir problemas con los valores cuando el carácter de los conflictos hace difícil para el terapeuta mantener la neutralidad, o cuando el paciente identifica al terapeuta con valores que vive como hostiles. Cuando el conflicto se inscribe del lado del terapeuta, éste debe plantearse si hay un requerimiento ético para romper la neutralidad en cuyo caso se podría adoptar una postura diferente. En caso de que no sea así, puede plantearse la supervisión o la derivación a otro compañero

(Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002). Desde un principio, el terapeuta tiene que dirigir sus argumentaciones en la dirección de contrastar y confrontar al paciente con sus ambivalencias, sus insatisfacciones y problemas de fondo, tratando de provocar “disonancias cognitivas”, es decir, ayudándole a darse cuenta de las contradicciones e incongruencias entre sus objetivos y sus conductas (García-Camba, 2007).

Como sostiene Bulacio (2004) la conducta está determinada en forma triádica, es decir por la misma conducta, por los factores emocionales y los factores racionales. Es a partir de este concepto como las posibilidades de cambio pueden iniciarse a partir de cualquiera de estos puntos de vista, ya que la modificación de uno de ellos implicará la modificación de los otros. Por tal motivo diremos que hay técnicas centradas en lo racional, otras en lo emocional y otras en la conducta y que todas ellas apuntan a la modificación o ampliación de los esquemas cognitivos. El terapeuta debe ser muy respetuoso con las creencias del paciente y debe tener cuidado de no intentar imponer las propias. El espacio terapéutico es un encuentro entre dos personas con un objetivo definido, es desde este punto de vista una relación simétrica pero es asimétrica en el sentido de que es el terapeuta el que propone el tratamiento adecuado y también en que son las necesidades del paciente el eje de dicho encuentro.

El fundamento de la terapia cognitivo-conductual es que las reacciones emocionales se producen porque el individuo apela a frases en su interior que expresan pensamientos incorrectos o maladaptativos. Ellis creía que las cogniciones precedían a las emociones y que éstas son causadas por nuestros propios razonamientos y que, por lo tanto, las emociones cambiarían si somos capaces de cambiar nuestras ideas previas. Entonces el terapeuta entrará en confrontación con el individuo y tratará de demostrar que sus ideas son incorrectas y que eso es lo que les provoca que actúen de forma inadecuada (López-Ibor, Ortiz Alonso & López Ibor Alcoccer, 1999).

El psicólogo cognitivo-conductual tiene que trabajar en relación a la ausencia del concepto de enfermedad, por lo cual, algunas de las razones que esgrimen para querer adelgazar son: cosméticas (para mejorar su apariencia), sociales (para mejorar su vida social), psicológicas (para mejorar su imagen corporal) y para prevenir la aparición de complicaciones médicas (Moreno, Megías & Hernández, 2000).

Siguiendo esta línea teórica, otras investigaciones, sostienen que hay varios puntos vulnerables en las técnicas contra la obesidad. En principio no actúan sobre la vía metabólica afectada; no son curativas: la normalización del peso no indica curación ni garantiza un tejido adiposo metabolitamente normal; y para que el tratamiento sea

exitoso se necesita un cambio en el estilo de vida del paciente, lo cual exige un esfuerzo permanente, consciente y volitivo (Montero, Cuneo, Fracchini & Bressan, 2002).

En las primeras entrevistas, la labor del terapeuta consiste en realizar una descripción lo más objetiva posible de las quejas o molestias que presenta el paciente, que suelen expresarse vagamente, y clarificar sus expectativas con respecto al tratamiento. Debemos tener en cuenta que aun cuando la mayoría de las pautas seguidas en la evaluación inicial son comunes a otros trastornos mentales, con los trastornos de la conducta alimentaria deben tenerse en cuenta tres aspectos fundamentales: conciencia del trastorno, relación terapéutica, motivación y expectativas de cambio. Estos aspectos son de crucial importancia, ya que pueden determinar en gran medida las posibilidades de aceptación del tratamiento y del cambio en sus conductas alteradas (García-Camba, 2007). Morris & Maisto (2005) describen dos tipos de entrevistas: la estructurada en la cual se respetan el tipo y orden de preguntas; y la no estructurada en la cual el profesional va preguntando a medida que van surgiendo las inquietudes. Es decir, en las entrevistas no estructuradas, los psicólogos están habilitados para plantear cualquier pregunta que les venga a la mente; en cambio, en las estructuradas se espera que se atenga a un conjunto de preguntas estandarizadas de una secuencia. Por lo general una entrevista de admisión tiene dos propósitos: determinar por qué el paciente ha acudido a la clínica y juzgar si la institución puede satisfacer la expectativa del mismo. Asimismo otra función de la entrevista es informar al paciente como funciona la institución, como son sus honorarios, políticas, servicios, etc (Trull & Fares, 2003).

Como sostiene Ravenna (2009) el terapeuta en los grupos va a utilizar las siguientes herramientas: Corte (ante cualquier irrupción del desborde en la conducta), Medida (es la porción de alimento que va en el plato que es construida por el paciente) y Distancia con la comida (disminuye en el momento en que se incorpora más cantidad de alimentos). El profesional tiene que tener capacidad para manejar situaciones de “desborde”, es decir, los pacientes obesos pueden tener una conducta descontrolada, repetitiva y que no mida consecuencias (muchas veces afloran sentimientos de “todo o nada”). En estos casos se trabaja sobre la voracidad, la falta de límites y la ansiedad. Y si se manifiestan ciertos temores como ser miedo a adelgazar, temor al cambio y pánico por la carencia de su objeto de deseo (comida) se tiene que trabajar para fortalecer el coraje.

Los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria tienden a mostrar una elevada resistencia al cambio, por lo que su actitud hacia cualquier tipo de tratamiento refleja

numerosas ambivalencias y resistencias. Ésta actitud provoca sentimientos de frustración e impotencia no sólo en los familiares, sino también en los profesionales que los tratan. Entre las cualidades que requiere un clínico que trata este tipo de pacientes, se encuentran una elevada motivación y una alta tolerancia hacia la frustración y el desánimo. Si los terapeutas experimentan la resistencia del paciente de un modo irritante, pueden derivarlo a otro terapeuta porque es contraproducente para ambos. Tratar de diferenciarse el terapeuta de los pacientes y de los resultados terapéuticos que obtenga, puede ayudarle a aceptarse mejor a sí mismo y a los pacientes, sobre todo cuando las expectativas del terapeuta no se cumplen (García-Camba, 2007).

Una de las características de los pacientes que cursan con problemas de obesidad es que se sienten inefectivos en su vida normal y eso trae como resultado intentos de autocontrol en el área de peso, con dificultades para interpretar las sensaciones internas de hambre y saciedad, así como problemas de interpretación y tolerancia de estados afectivos. El terapeuta debe guiar al paciente hacia el logro de conductas alternativas (no relacionadas con comer compulsivamente) como ser caminar, hablar, encontrarse con amigos, hacer ejercicio moderado, trabajar, técnicas de meditación, etc (Duarte, 2003). La depresión y ansiedad que aparecen en algunos pacientes se expresan mediante conductas compulsivas que producen una descarga (comer) y eso trae aparejado una gran angustia. Entonces, es en ese momento cuando el terapeuta tiene que poner énfasis en el aspecto positivo de la angustia como motor que genera un límite (Ravenna, 2006). Siguiendo esta línea teórica, otros autores (Miján de la Torre, 2004) señalan que es importante enseñar al paciente a identificar los estímulos ambientales y cognitivos que bloquean la modificación del comportamiento. El terapeuta debe explicarle la importancia de comer despacio y mantener una alimentación variada, así es como se resolverán las barreras que surgen para el seguimiento de las pautas establecidas con respecto al consumo de alimentos. Como sostiene Becoña (1988) hay que darle una importancia vital al control de los estímulos, por lo cual el sujeto debe hacer un análisis detallado de los estímulos antecedentes de la conducta del comer. Las estrategias que recomiendan para alterar las señales asociadas con la alimentación son: separar la alimentación de todas las demás actividades; hacer que las comidas altas en calorías no estén disponibles, llamen la atención o sean difíciles de preparar; cambiar las raciones de comida (utilizando platos menos profundos); comer despacio; y evitar la alimentación innecesaria. Una persona acude a un tratamiento para bajar de peso cuando se siente identificada con los siguientes ítems: haber hecho muchas dietas y haber

recuperado más del peso inicial; comer deprisa sin tener hambre; sentirse culpable por haber hecho abusos con la comida que no debía hacer; comer a escondidas; picar entre horas sin poder evitarlo; abandonar dietas al poco tiempo de haberlas iniciado ( incluso después de haber pagado un importante dinero por el tratamiento); no comprarse ropa; aplazar proyecto o citas por no gustarse ( Carballido, 2009). Las personas con sobrepeso u obesidad se refieren a los alimentos no sólo como sabrosos, sino como algo que no pueden dejar, como una protección, un proveedor de bienestar emocional, un castigo o una fuente de culpa (Villaseñor Bayardo, Ontiveros Esqueda & Cárdenas Cibrian, 2006).

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

Durante un programa de reducción de peso se puede alcanzar: normalización sostenida del peso; pérdida de peso acompañada de reducción de los factores de riesgo peso-dependientes asociados, especialmente cardiovasculares ; pérdida de peso acompañada de alguna mejoría de los parámetros estables; y mantenimiento de un peso estable.

La estabilidad podría considerarse un “ adelgazamiento” en términos relativos y un peso estable ha sido considerado por alguno autores hasta más saludable que perderlo ( Montero, Cuneo, Facchini & Bressan, 2002). Según la Sociedad Americana de Obesidad, las estrategias conductuales más efectivas consisten en: controlar los estímulos que responden a factores ambientales y que están asociados a malos hábitos alimenticios ( involucra la identificación y modificación de los detonantes del apetito); auto supervisión de los hábitos alimenticios ( incluye llevar un control escrito de la cantidad de calorías consumidas o condiciones que estimulan el deseo de comer); motivación positiva para realizar cambios saludables en el estilo de vida; manejo del estrés ( técnicas de relajación y motivación); y redefinir la imagen corporal y modificar cualquier meta no realista sobre su imagen ( Ramírez, Quesada Morua & Rocha Palma, 2002).

El enfoque cognitivo-conductual pondera un trabajo directo con el comportamiento alimentario y las causas que contribuyen a que la obesidad se mantenga. En la práctica

propone aceptar un contrato terapéutico en el que el individuo se compromete a observar el programa de entrenamiento en un grupo reducido. Se incorporan técnicas de control de comportamiento alimentario que tienen como objetivo restablecer una alimentación “socializada”. Llevar un “carné alimentario” donde el sujeto anota lo que come (dónde, cuándo y en qué circunstancias), puede constituirse en una oportunidad para trabajar en la toma de conciencia de los factores que influyen en la ingesta de los alimentos: factores ambientales (vista, olores, etc), factores relacionales (dificultad para rechazar los alimentos que se le ofrecen) y reacciones emocionales (ansiedad, cólera, tristeza y alegría). Algunos pensamientos que llevan a un consumo inadecuado de la comida son: “todos parecen capaces de perder peso excepto yo”; “esta semana no he perdido peso, es inútil comer poco así que comeré y comeré”; “no puedo dejar de pensar en ir a la despensa y comerme un pastel”; “no puedo resistir pasar por esta pastelería y entrar”; “hoy tengo una fiesta, por un día que me exceda no pasa nada”; “ahora tengo mucho trabajo y no puedo pensar que debo comer”; “no tengo tiempo para hacer todas las tareas del programa”; y “estoy cansado, si como algo seguro me voy a sentir mejor” (Torrecillas & Godoy, 1994).

En pacientes que cuentan con una actitud muy reacia a colaborar en la entrevista psicológica pueden tomarse en cuenta las siguientes indicaciones: hacer una entrevista poco estructurada (evitar el interrogatorio); posponer la información de la historia clínica para futuras entrevistas; escuchar o investigar otras quejas que no están directamente relacionadas con el tratamiento cognitivo conductual (en ocasiones puede ser necesario dejar de lado el tema de la comida), hay que unir la recuperación (connotación positiva) con la renuncia a determinados comportamientos o actitudes (que para ellos tengan una connotación positiva); mostrar una actitud cálida, colaboradora y de escucha (no autoritaria); favorecer un cierto nivel de autocrítica del paciente; proponer y conseguir un mínimo de compromiso (observar alguna conducta o asociación previamente definida entre actitud, pensamiento, emoción, conducta y problema físico); conseguir que el paciente asuma un papel activo; provocar “alguna disonancia cognitiva” (que se produzca un estado de tensión entre dos cogniciones psicológicamente incompatibles) en alguna parte del discurso del paciente relacionada con la actitud hacia la comida, el peso, la imagen corporal o hacia el “control” que ejerce sobre el trastorno; dar información sobre las pautas adecuadas de alimentación y explicar los riesgos de las conductas relacionadas con la comida; no asumir conductas

paternalistas ni sobreprotectoras; evitar asumir la responsabilidad del paciente con su trastorno; trabajar con el paciente tanto en la comprensión teórica de su trastorno, como de una forma práctica, favoreciendo cambios de conducta y aprendiendo a resolver problemas de una forma mas adaptativa; y buscar un consenso entre los objetivos del terapeuta y del paciente que favorezca la motivación y el compromiso del paciente, al mismo tiempo que se garanticen unos objetivos terapéuticos adecuados (García-Camba,2007).

Si el terapeuta logra que el paciente tome conciencia y acepte que su manera de relacionarse con la comida afecta muchas áreas de su vida ( autoestima, pensamientos, sentimientos y movilidad) podrá sugerirle que reflexione sobre lo que en verdad quiere para sí mismo y por qué ideal se animaría a luchar. Entonces, en primer lugar, el método se ocupa de transformar la química cerebral de la gente gorda mediante mecanismos naturales. Luego, y para sostener esta transformación química, se aborda el aspecto conductual y vincular que permite adelgazar en el corto plazo. Finalmente, atiende la particularidad emocional, psicológica y filosófica del individuo, para que cuide y mantenga la delgadez obtenida durante el mayor tiempo posible ( Ravenna, 2009).

Específicamente el tratamiento cognitivo actúa mediante cuatro etapas. Durante la primera, el terapeuta examina los datos de la historia de la vida del paciente para identificar las principales causas desadaptativas de su trastorno, como ser una tendencia a verse a sí mismo como un perdedor. La segunda etapa del tratamiento podría ser denominada fase educacional: al paciente se le enseña a enfocar e identificar las cogniciones que generan la patología. La siguiente etapa consiste en distanciar o incrementar la objetividad del paciente hacia éstas cogniciones disfuncionales.

Cuando el paciente es capaz de identificar sus ideas erróneas y reconoce que no son válidas, se pasa a la cuarta parte de la terapia neutralizar estas ideas. Esto lleva a reducciones en la intensidad y frecuencia de las cogniciones y de la carga afectiva que conllevan (Leitenberg, 1982). Algunas estrategias para el control de los estímulos (Torrecillas & Godoy, 1994) consisten en: comer en el mismo lugar y a la misma hora; realizar de tres a cuatro comidas diarias; elaborar una lista de compras que incluyan sólo aquellos alimentos que cumplan los requisitos necesarios para una dieta estricta; ir a comprar cuando se esté saciado; almacenar los alimentos en lugares muy concretos de la casa e información acerca de la preparación de los alimentos. Otros autores ( Gauralet-Aza, 2006) dividen el tratamiento en tres etapas. En la primera se especifican metas

claras que pueden ser fácilmente medibles como ser alargar la duración de la comida durante diez minutos o disminuir el número de comentarios autocríticos. Luego de establecidos los objetivos, se pasa a la segunda etapa, que consiste en animar al paciente a estudiar los factores que facilitarían su alcance. El éxito de ésta etapa reside en la habilidad o destreza que tenga el paciente para aplicar las técnicas más que en su voluntad. Y por último se trabaja en el mantenimiento de pequeños cambios alcanzables, más que cambios dramáticos que duraran poco en la vida del paciente.

La motivación es esencial, siendo labor del terapeuta ayudar a encontrar las razones que justifiquen emprender y sostener el tratamiento. Cuando el paciente es convencido de la importancia de las indicaciones, está en mejores condiciones para ponerlas en práctica. Se deben proponer y concertar metas con la mejor relación costo-beneficio. El abandono es muy frecuente en el tratamiento contra la obesidad, a veces por no conseguirse el resultado esperado, otras por no llegar a la curación. Ante el paciente debería jerarquizarse una escala de prioridades que van desde lo biológico hasta lo estético.

Algunos autores como Fernández Liria & Rodríguez Vega (2002) mencionan errores que son muy comunes en una terapia y que un profesional cognitivo-conductual debería evitar como ser: dar consejos (coloca al terapeuta en una posición que no está autorizado a detentar), proponer objetivos no planteados por el paciente (el terapeuta debería explorar esta dificultad por hacerlos más explícitos); ofrecer falsas seguridades (el terapeuta no debe dejarse llevar por una actitud paternalista e intentar proteger al paciente de la ansiedad que produce el conocimiento de los problemas reales); hacer preguntas irrelevantes (los relatos del paciente pueden provocar la curiosidad del profesional por conocer detalles que no son imprescindibles); usar de manera inadecuada el humor (es una modalidad de relación que es particularmente ambigua y puede prestarse a malas interpretaciones); dejar pasar por alto comentarios negativos sobre la terapia o el terapeuta; y perder el foco (el profesional debe mantener en mente cuáles son los temas relevantes en la terapia).

Cuando un paciente llega a la consulta viene arrastrando varios errores que le impiden seguir una dieta. En primer lugar un régimen es un plan de comida que implica ingerir menos comida de la que necesita el cuerpo, y esto puede provocar una reacción de rebeldía en el instinto biológico. Entonces cada lunes la mayoría de las personas empezarán una dieta que será un fracaso. Así de fracaso en fracaso, el organismo se hace resistente a las dietas, hasta el punto que la misma se vuelve contra la persona, que

empieza a ganar mas peso, mucho más del que quería originalmente perder. A esa altura la dieta se convirtió para el paciente en una obsesión convirtiéndolo en un experto en contenidos nutricionales de los alimentos y calorías; paradójicamente, más peso va teniendo. Asimismo se le suman otros efectos asociados con la obesidad que describiremos a continuación. El primero es el efecto “chispazo” que consiste en el paciente que cree que hace dieta cuando en la realidad no la está haciendo. Con las pequeñas trampas que se permite (picando poquitas cosas o comiendo pequeñas cantidades de comida extra) al final del día resulta que ha comido más que una persona que no esta en dieta. El segundo es el efecto “desierto” que consiste en que el paciente sigue durante cinco días una dieta rigurosa y durante dos días come “de barra libre”. Esta ingesta libre supera la dieta rigurosa de cinco días y la persona acaba engordando sin entender el por qué de su aumento. Y por último se encuentra el efecto “montaña rusa” que confirma la incapacidad del paciente para comer moderadamente, porque cuando comienza a picar algo, no sabe como parar y termina por comerlo todo (Carballido, 2009).

Para ello se utilizan estrategias relacionadas con la resolución de problemas; es decir; se identifican los posibles problemas que puedan surgir en el futuro para evitar las recaídas ( Torrecillas & Godoy, 1994). El resultado de las investigaciones permite identificar el proceso mediante el cual se produce la “recaída”. En primer lugar, los pacientes se encuentran frente a una situación de “alto riesgo” en la que se exponen al sentimiento adictivo (comida). Luego no utilizan estrategias de afrontamiento mediante las cuales limitarían el estímulo adictivo y simultáneamente anticipan placer por su consumo. Entonces pierden el autocontrol y consumen el estímulo sintiéndose culpables. Y finalmente por resultado del sentimiento de recaída y de ausencia de autocontrol, es más probable que los sujetos continúen consumiendo el estímulo adictivo ( Marlatt & Gordon, 1980). Algunos autores ( Torrecillas & Godoy, 1994) hacen hincapié en determinadas conductas que reducirían la cantidad de comida ingerida diariamente como ser: comer en un mismo sitio, no realizar ninguna actividad mientras se come, servirse a uno mismo, servirse en un plato pequeño, no picar de otros platos, elaborar una lista con lo que se va a comer de antemano, enlentecer el acto de comer, llevarse trozos pequeños de comida a la boca y dejar pasar cinco minutos entre el primer y el segundo plato. Ante esta situación el terapeuta tiene que trabajar a nivel conductual sustituyendo pensamientos negativos que llevan a ingerir cantidades excesivas de alimentos por pensamientos positivos; y a nivel comportamental ejecutando acciones

incompatibles a las de ingesta excesiva e introduciendo demoras en los eslabones sucesivos.

Los pacientes sometidos a una dieta se enfrentan simultáneamente a dos situaciones de alto riesgo. Una son los estados emocionales negativos que se producen cuando él está sólo y se manifiesta en ansiedad, aburrimiento y depresión. Y la otra son los estados emocionales positivos que se producen cuando hay otras personas, en situaciones tales como celebraciones, fiestas y acontecimiento sociales ( Sternberg,1985).

Algunos autores sostienen ( Saldaña & Bados, 1988) que el proceso de recaída puede ir asociado con acontecimientos vitales impredecibles y estados emocionales como ser la ansiedad, el aburrimiento y la depresión. Tradicionalmente los procedimientos más comunes que se han empleado como estrategias de mantenimiento han sido de cuatro tipos. La primera consiste en sesiones de apoyo que tienen como objetivo solucionar los problemas que el paciente pueda tener para seguir empleando los procedimientos aprendidos durante la terapia y así incrementar su adherencia a los mismos. La segunda estrategia se ha utilizado como alternativa a las sesiones de apoyo. El terapeuta establece contacto telefónico semanalmente con el sujeto, mientras que éste establece contacto por correo también semanalmente con su terapeuta enviándole autorregistros de su peso y consumo calórico. La tercera incorpora otros componentes a los paquetes de tratamientos clásicos como la relajación, entrenamiento asertivo y/o manejo de contingencias (situaciones problemáticas que pueden aparecer). Y por último la cuarta, adopta un modelo de prevención para toda la vida (coincide con el modelo propuesto por Alcohólicos Anónimos).

Asimismo el psicólogo que trata a un obeso, emocionalmente comprometido, tiene la obligación moral de encaminarlo hacia un médico, con el fin de que se le hagan los exámenes de laboratorio para verificar si no presenta alguna anormalidad o disfunción en sus órganos o glándulas. Si estos estudios médicos son normales, el terapeuta puede tener la certeza de que la obesidad tiene causas solamente psicológicas. El médico que desconoce esto no logrará que el paciente adelgace o después que haya adelgazado volverá a engordar, pues los motivos traumáticos subyacentes lo llevarán a comer de un modo exagerado y engordará otra vez. Tanto el psicólogo como el médico deben conocer que el trabajo conjunto produce mejores resultados que el trabajo aislado. Inclusive en el caso de que el exceso de peso esté motivado por una disfunción orgánica, si la persona no tiene la fuerza de voluntad para seguir el régimen adecuado, es porque está comprometida por algún problema psicológico (Meneses, 1999).

Como sostienen Marlatt & Gordon (1980) los pacientes con frecuencia disponen de las habilidades requeridas para dar esa respuesta; pero éstas están inhibidas por la ansiedad, en cuyo caso la desensibilización facilitará la desinhibición del repertorio conductual que impedirá cometer la trasgresión. Mediante el entrenamiento en resolución de problemas, especialmente todo lo relacionado con la toma de decisiones, el paciente debe ser capaz de identificar las ventajas e inconvenientes que a corto y a largo plazo lo puede llevar a transgredir. Finalmente se contempla que una trasgresión o desliz no es algo improbable; sino que se produce frecuentemente. Por ello se recomienda el “ensayo de recaídas programadas”; consumiendo el producto de alto riesgo en presencia del terapeuta y en ausencia de circunstancias positivas ( por ejemplo: una fiesta) o negativas ( sentirse deprimido o triste). Asimismo el paciente es adiestrado en técnicas cognitivas que le faciliten la reconceptualización de su posible trasgresión, no como un fracaso personal por la ausencia de control, sino como una señal que lo mantenga alerta frente a las futuras situaciones de alto riesgo. Otro modelo delineado por Agras (1987) señala como fundamentales las siguientes habilidades: identificar tempranamente el aumento de peso, conocer las herramientas para enfrentarse de un modo adecuado, aplicarlas con éxito y evaluar sus resultados.

El mantenimiento es un paso muy importante en el tratamiento contra la obesidad y se requiere un constante apoyo del terapeuta. La recompensa que se obtiene al ver como los kilos desaparecen es, a menudo, más lenta de lo que muchos anticiparían, porque la reducción de peso por medio de la alteración de hábitos es normalmente un proceso más gradual que el producido por medidas dietéticas breves y prácticas. Para cubrir el espacio motivacional entre la iniciación de un programa de control de peso y las espectaculares tasas de adelgazamiento conseguidas al final, pueden emplearse varias líneas motivacionales. Como mencionamos anteriormente, el proporcionar apoyo del grupo o del terapeuta para el cumplimiento inicial y para adherirse a un régimen de autocontrol, ya ha demostrado su eficacia. No obstante, la retirada final de estas influencias puede tener como resultado una desafortunada reincidencia, particularmente cuando éstas han proporcionado al sujeto la principal fuerza motivacional en los intentos para adelgazar. Se han citado cuatro factores como posibles influencias en el mantenimiento satisfactorio del peso: proveer contactos reforzantes ( armar una red de contactos sociales que ofrezca apoyo emocional) , resaltar el establecimiento de hábitos de alimentación a largo plazo ( tener pautas estables para alimentarse); entrenamiento en solución de problemas y sistemas incentivos autorregulados ( ensayar posibles

soluciones ante situaciones adversas que puedan presentarse sin dejar de lado el objetivo de mantenimiento); y fomentar la contención familiar( Leinterberg, 1982).

Las investigaciones realizadas por Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986) hacen hincapié en el momento en el cual el sujeto decide cambiar su comportamiento. La evaluación de su motivación y grado de compromiso al tomar la decisión es de gran importancia dado que estos aspectos están relacionados directamente con la posibilidad o no de abandonar o recaer. El objetivo de dicha evaluación es doble; por un lado debe conducir a desarrollar métodos para incrementar la motivación del sujeto, y por otro debe permitir discriminar a los sujetos que tienen mayores posibilidades de alcanzar un éxito, de aquellos que obtendrán escasos resultados.

En la mayoría de las crisis se hace hincapié en que puedan pedir ayuda y salgan del aislamiento en que se encuentran utilizando las herramientas que les facilita el profesional. Más que ayudar a la gente a decidir “qué” cambiar, consiste en identificar “cómo” cambiar. El paciente debe saber que un adecuado control de su peso corporal no va a depender de su fuerza de voluntad, sino del desarrollo de habilidades que le permitan normalizar su relación con la comida, teniendo en cuenta que estas herramientas se pueden aprender ( Gauralet-Aza, 2006).

Los pacientes a menudo, viven la terapia como algo amenazante. Se les pide que abandonen sus comportamientos, creencias y la forma como han afrontado su vida, los cuales le han proporcionado algunas sencillas soluciones a sus problemas, aunque hayan sido imparciales o insuficientes. La recuperación de su condición física que se plantea como la meta deseada, puede verse para el paciente como una pérdida de su manera de ser especial, y por lo tanto, considerarla como algo negativo; por lo que es necesario que el terapeuta trabaje para cambiar su actitud hacia el cuerpo delgado. Si a todas las personas que tienen dificultades para afrontar la vida les cuesta entregar su intimidad y aceptar un tratamiento, en estos pacientes esto es permanente. De hecho, es el trastorno en el que se ha comprobado que los pacientes tienen más apego a los síntomas y piensan que si los abandonan van a perder su identidad. Los terapeutas tienen que aceptar una primera fase de la terapia en la que predominan los aspectos de dependencia y seguridad por parte de los pacientes, para pasar de forma progresiva hacia la independencia (García-Camba, 2007).

Para que un tratamiento tenga éxito, es necesario asumir un compromiso y una responsabilidad, porque dicha actitud implica un cambio de posición y el hallazgo de la verdadera libertad. Sentir que se está eligiendo un camino, que aunque tenga obstáculos,

es muy transitable y conduce a una delgadez posible; entender, que comer de más, sin control no es la elección de un individuo sobre un objeto (comida). Es justamente al revés: es ser elegido por la comida, es virtualmente ser comido por ella ( Ravenna, 2006). Gran parte de los abordajes terapéuticos deben enfrentarse con las consecuencias psicosociales del prejuicio y la discriminación que ha sido y es objeto la obesidad. El manejo exitoso del paciente con obesidad, requiere de un abordaje de estrategias múltiples centradas fundamentalmente en una modificación del estilo de vida (Montero, Cuneo, Fracchini & Bressan, 2002).

#### Método del centro terapéutico:

Su objetivo principal es la modificación de hábitos nocivos con respecto a la comida, a partir de la toma de conciencia respecto de límites, excesos y comidas. Es fundamental trabajar el vínculo adictivo que establece el paciente con la comida que lo lleva a un estado de obesidad. En el centro terapéutico se trabaja de manera interdisciplinaria entre los profesionales a cargo de la atención de los pacientes.

El método consta de tres pilares: el corte (limitar la ansiedad y la voracidad de alimentos), la medida (aprender a alimentarse con pequeñas porciones) y la distancia (alimentarse en forma más espaciada). Antes de ingresar en la clínica el paciente concurre a tres entrevistas: clínica (se le realiza un control de su salud actual), nutricional (se la hace una revisión de su plan nutricional) y orientación conductual (se le realiza una entrevista psicológica y luego es derivado al grupo de descenso rápido). En los grupos se trabaja desde la línea teórica que establece el conductismo cognitivo y la Terapia Racional de Ellis. Cuando el paciente logra llegar a su peso ideal pasa al grupo de mantenimiento en el cual va a trabajar para mantenerse delgado y no tener recaídas.

**Objetivo general:**

Analizar el rol del psicólogo cognitivo-conductual en los tratamientos grupales de pacientes obesos.

**Objetivos específicos:**

Objetivo 1: Determinar la intervención del psicólogo cognitivo conductual en la entrevista de admisión de los tratamientos grupales de pacientes obesos.

Objetivo 2: Describir las intervenciones del psicólogo cognitivo-conductual en el grupo de pacientes obesos que asisten durante un mes al " grupo de descenso rápido" durante la 1ra etapa de su tratamiento.

Objetivo 3: Describir las intervenciones del psicólogo cognitivo-conductual en el grupo de pacientes que asisten durante un mes al " grupo de mantenimiento".

**Objetivos específicos:****Entrevista de Admisión:**

Cuando el paciente llega por primera vez al centro terapéutico se lo deriva a una entrevista con la psicóloga cognitivo-conductual que se realiza en ese mismo momento si hay turnos o se solicita horario para otro día. La duración es variable, puede ser de 30 a 45 minutos, depende del paciente. Ésta es de suma importancia porque es la que da inicio al tratamiento y permite comprobar si el obeso está preparado para realizar un tratamiento ambulatorio o si requiere internación (en este caso no va a ser aceptado por el Centro). Ravenna (2009) argumenta que la obesidad es consecuencia de una tendencia adictiva en la que se interrelacionan el objeto, la persona, la familia y el entorno socio cultural; por lo tanto se requiere de un enfoque interdisciplinario para ayudar al paciente.

Al ser un trastorno que tiene co-morbilidad con otras patologías graves (diabetes II, hipercolesterolemia, alcoholismo, drogodependencia, infarto de miocardio, etc) puede presentarse un paciente que requiera de un tratamiento en una Institución de mayor complejidad. Según Álvarez Cordero (2004) la obesidad produciría un aumento de

lesiones en los pulmones, riñones, hígado, huesos y articulaciones. Otros autores (Mindan, 1996) sostienen que también se originarían enfermedades degenerativas, en especial el endurecimiento de las arterias y el síndrome que las caracteriza esta conformado por somnolencia, prurito, insuficiencia cardiaca e hipertrofia vascular.

La obesidad debería valorarse como una patología de gran importancia y alto costo sanitario-económico y no catalogarse como el “resultado de la glotonería y la falta de fuerza de voluntad” ( Ravenna, 2009,p.30).

Al momento de realizarla el paciente está lleno de quejas o puede ser que presente algún trastorno de la personalidad ( ej: depresión o ansiedad). Por eso mismo el psicólogo tiene que mantener una actitud cordial para bajar la ansiedad y mostrar empatía hacia el relato que va a escuchar. Se debe mostrar optimista y manifestar su apoyo hacia el obeso que se encuentra angustiado o desesperanzado ante lo que le está sucediendo.

Como sostiene Bulacio (2004) el terapeuta debe ser muy respetuoso con las creencias del paciente y debe tener cuidado de no intentar imponer las propias.

El profesional le realiza una entrevista dirigida, es decir, con el objetivo de obtener datos específicos sobre una patología, mediante preguntas detalladas. Un paciente nos habla a través de su dimensión física objetiva y nos dice que arrastra una historia en la que ha triunfado la satisfacción de una necesidad inmediata. El tamaño de su cuerpo es el resultado de que ha sucumbido ante la comida y ha establecido una relación tortuosa con ella ( Ravenna, 2006). Durante la misma va a analizar si tiene conciencia del trastorno, su motivación, sus expectativas de cambio y si puede establecer una relación terapéutica. Estos aspectos son cruciales ya que pueden definir el cambio en las conductas alteradas y la aceptación del tratamiento.

La entrevista va a contener los siguientes datos: personales ( nombre, apellido, edad, sexo, estado civil y ocupación); su problema principal ( cuál es el motivo por el que inicia el tratamiento); sus antecedentes personales ( anota cronológicamente todas las enfermedades importantes sufridas anteriormente, complicaciones, medicación, vacunaciones, uso de alcohol y drogas, etc); antecedentes familiares ( enfermedades hereditarias o contagiosas de sus padres o de enfermos que vivan con ellos); e historia de la enfermedad actual ( fecha de inicio de la obesidad). El profesional muestra una actitud cálida, colaboradora y de escucha (no es autoritaria). El terapeuta, en principio, debe estar preparado para suspender su juicio y trabajar aceptando el sistema de valores del paciente (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002).

La psicóloga va a hacer hincapié en los detalles de su vínculo con la comida porque necesita conocer el nivel adictivo que padece el paciente. Se lo indaga sobre cuáles fueron los factores desencadenantes de la obesidad (enfermedad familiar, mudanza, separación, stress laboral, fallecimiento de un ser querido; embarazo; depresión, ansiedad, etc). Mardomingo ( 2003) sostiene que la actitud frente a la comida suele adquirirse durante la infancia y de modo preferentemente familiar. En este proceso de aprendizaje se enlazan los factores genéticos y ambientales y el peso final del sujeto será el resultado de la interacción entre ambos. No es infrecuente que el comer se convierta en un modo de compensación de las frustraciones y adquiera un fuerte contenido emocional en la vida del paciente. La culpa no la tiene ni el obeso ni la comida, sino el vínculo entre ambos. Al gordo lo hicieron nuestra sociedad consumista y su propio abandono. Ambos, en complicidad, transforman un cuerpo en un cuerpo obeso. Nuestro cuerpo es lo que hicimos de él mediante los alimentos que ingerimos; lo que uno come determina el presente y el futuro. La salud debería ser, indiscutiblemente, prioritaria en relación al gusto de la comida ( Ravenna, 2006, pág. 21).

Asimismo se le pide que enumere los tratamientos previos realizados que han fracasado y que lo han vuelto, paradójicamente resistente a las dietas. En ese momento se analizan las expectativas de cambio que posee y el profesional le indica metas realistas a seguir. Es decir, el tratamiento es largo y la resolución exitosa va a depender de la actitud que tenga ante el mismo. Esto está relacionado con la conciencia de enfermedad que muestre y su nivel de motivación; es decir; no es lo mismo que inicie el tratamiento por propia voluntad o que sea llevado por la insistencia de un allegado (pareja, hijos, compañero de trabajo, vecino, etc). Desde las diferentes orientaciones teóricas se pondera que la relación terapéutica es una parte fundamental del proceso, no sólo porque constituye el principal medio para obtener y manejar los sentimientos e ideas significativas que se persiguen para que cambie la conducta del paciente sino porque con frecuencia determina si el cambio terapéutico se va a producir o no. Cuanto mejor sea la relación que establezca el terapeuta, el paciente va a estar más abierto para explorar sus actitudes y conductas erróneas y asimismo prestará atención a la opinión manifestada por el terapeuta (García-Camba,2007).

El profesional tiene que estar preparado ante alguna situación de desborde que pueda tener el obeso ya que es un trastorno que provoca muchas limitaciones sociales y laborales. La labor del terapeuta consiste en contener al paciente y ofrecerle las herramientas necesarias para que no se sienta solo en su descenso. Para que un

tratamiento tenga éxito, es necesario que el paciente asuma un compromiso y una responsabilidad, porque dicha actitud implica un cambio de posición y el hallazgo de la verdadera libertad. Sentir que se está eligiendo un camino, que aunque tenga obstáculos, es muy transitable y conduce a una delgadez posible; entender, que comer de más, sin control no es la elección de un individuo sobre un objeto (Ravenna, 2006).

Para ello se lo deriva a un tratamiento grupal por medio de una invitación para que conozca a los grupos de descenso rápido. Como sostiene Ravenna (2006) hay dos caminos, por un lado el acertado, con recaídas y una recuperación posible; y del otro están las creencias erróneas, los pensamientos automáticos, etc.

Este centro trabaja con tratamientos grupales porque se ha comprobado que tienen una efectividad del 90% para la patología que tratan. Antes de finalizar la entrevista se le otorga un turno con el médico para realizarse un chequeo clínico y con una nutricionista (para realizar un estudio de antropometría (sirve para saber a que peso tiene que llegar de acuerdo a su composición física y al mismo tiempo se mide el nivel de grasa/liquido/músculo que tiene)).

En este punto el abordaje se vuelve interdisciplinario porque es importante verificar si no presenta alguna anormalidad o disfunción en sus órganos o glándulas. Si los estudios son normales, se puede tener certeza que hay que trabajar el aspecto psicológico pero si hay alguna co-morbilidad con otras patologías (diabetes tipo II, hipertensión arterial, drogodependencia, etc) hay que sumarle el tratamiento farmacológico (con un médico del Centro o el médico de confianza del paciente). El manejo exitoso del paciente con obesidad, requiere de un abordaje de estrategias múltiples centradas fundamentalmente en una modificación del estilo de vida (Montero, Cuneo, Fracchini & Bressan, 2002).

Asimismo el psicólogo cognitivo conductual le expresa al paciente que cualquier duda o consulta no dude en contactarlo ya que se encuentra a su disposición; y da por finalizada la entrevista. El paciente inicia un largo recorrido en el cuál va a adelgazar para cambiar los hábitos. Esto es así porque a medida que desciende de peso, los hábitos se van a ir modificando gracias al estímulo que significa verse bien (Ravenna, 2006).

**Las intervenciones del psicólogo cognitivo-conductual en el grupo de pacientes obesos que asisten durante un mes al " grupo de descenso rápido" durante la 1ra etapa de su tratamiento.**

Durante los encuentros (se los llama así en la Clínica) los pacientes se ubican en ronda, sentados (pueden verse las caras unos a otros) y los psicólogos (en general son dos profesionales pero pueden llegar a 3) se ubican en el medio. Un aspecto importante en los grupos es la cantidad. Mi experiencia indica que es conveniente que sean numerosos. Cuanta mayor cantidad de personas integran un grupo, más energía se genera, y tanto la circulación como la transformación de energía facilitan enormemente un contagio en las ganas y en consecuencia un rápido descenso de peso. En los grupos numerosos se vive un buen clima y el intercambio de experiencias disímiles unificadas por el objetivo de adelgazar es más productivo ( Ravenna, 2009,pag. 171).

Ravenna (2006) sostiene que en los grupos no se habla de comida ni se detallan las compulsiones para evitar la desesperanza. Lo importante es cuánto baja el paciente. No se tocan temas personales. Se habla específicamente del vínculo con la comida, de lo que se siente cuando se deja de comer, de los cortes incompletos, el abandono, etc.

**Intervenciones del psicólogo cognitivo-conductual:**

Siempre los casos individuales se abren al grupo y las respuestas son en general (no para un paciente particular) para que el resto se pueda identificar. Cuando hay momentos de distracción por parte de algunos individuos, el psicólogo les hace un llamado de atención: “ ¿Qué está pasando ahí?, “ ¿ Quieren comentar lo que les está preocupando”?.

Cada sesión grupal comienza con una pregunta que funciona como “disparador” del tema a tratar. La temática es variada y el psicólogo funciona como un coordinador de los debates. En un principio se pasa a presentar a los nuevos pacientes que se incorporan al grupo. Ésta introducción se realiza por medio de preguntas: "¿Cómo te llamas?", “¿ Cómo llegaste al grupo?”, “Algún amigo/pariente/conocido adelgazó y está bien?”, “¿Sos de capital federal o del interior?”.

Luego de que cuenten su problemática, el psicólogo fomenta que los antiguos pacientes comenten su experiencia en el grupo para motivarlos a empezar el tratamiento. El profesional nombra a sus pacientes siempre por su nombre para promover una mayor familiaridad y cohesión en el grupo. Asimismo se les ofrece por parte de los profesionales un lugar de escucha por si tienen alguna duda o inquietud por lo que pase en el grupo. El objetivo es que no se vayan con ninguna inquietud, ya que tienen que compartir todo lo que les pasa. Cabello (1993) especifica que el instrumento más importante del que disponen para realizar sus intervenciones son las preguntas. El preguntar de una forma adecuada es fundamental para obtener una imagen no sesgada de las circunstancias que rodean al paciente, con el fin de desarrollar empatía y llegar a una conceptualización específica del mismo.

Uno de los pacientes cuenta que adelgazó 33 kilos pero aumentó varios. El profesional le indica que esta tendencia a comer alimentos ricos en calorías la va a tener siempre; el tema va a pasar por si uno responde a esa tendencia o no. Lo importante es no llegar a comprar ese alimento si la tentación se presenta. Es ideal no salirse de lo estricto.

Se apunta a qué acciones pueden anteponerse ante esa conducta: “para que la tentación no sea igual a acción interpongo otra acción” (por ejemplo: levantarse de la mesa, etc). Es decir, es otra acción que no es la misma a la anterior. A partir de ahí la psicóloga propone ahondar en el concepto de una acción “poderosa”. Uno de los pacientes responde: “comprendo que es una acción positiva porque me aleja de lo que me hace mal”. Pero la profesional le contesta que no están dando una clasificación, simplemente es una acción “que no es funcional al tratamiento”. En estos encuentros se trabaja la conducta que antecede al impulso, por ejemplo:” tengo el impulso de una mano que agarra y entonces trabajo esa conducta”, “si estuviéramos dominados por el impulso estaríamos perdidos”, “ una vez que probé la comida ya no hay impulso, hay decisión, acción, etc”. Es una línea muy delgada y se puede caer en la trampa de que los obesos actúan por impulsos.

Se hace hincapié en que se fijen en su vida diaria en qué momentos se encuentran tentados o con “ganas de “probar un alimento. Y se explicita que hay muchos estímulos que vienen de afuera que generan tentaciones pero uno tiene que aprender a poner un límite. Es decir “las ganas no engordan, uno engorda porque come”. Muchos pacientes se relacionan con el afuera comiendo porque no pueden conectarse con su interioridad. Un paciente decía:” no puedo dejar de ir a la casa de mi suegra y/o a los cumpleaños de mis amigos y como un montón”. La terapeuta le remarca:” esta bueno que plantees que

hacer con la vida social”,” hay que reordenarla y estaría bueno que trabajaras algunas estrategias para ponerle un limite a tu desborde; como aducir que estas enfermo para comer más livianamente”. Y La psicóloga agrega: “son estrategias que nos permiten relacionarlos socialmente sin hacernos daño. Lo ideal de este tratamiento es que salgan hacia el afuera, no que se queden anclados en el grupo”.

Hernández Lira & Sánchez Sánchez (2007) sostienen que la terapia cognitivo conductual esta indicada para este tipo de tratamientos, porque enseña a los pacientes a identificar sus estados emocionales y situaciones generadoras de ansiedad que favorecen la aparición de actitudes impulsivas con la comida para que puedan tener la habilidad suficiente de enfrentarlas de otra manera. Esta técnica cuenta con la adhesión de Pasquel (2006) porque el individuo puede poner en práctica inmediatamente las técnicas que aprende, por lo que él establece sus propios tiempos en el adelgazamiento.

La psicóloga analiza que hay que trabajar al niño caprichoso que todos los pacientes llevan adentro y que todo el tiempo pretende “más”. Habría que aprender a “quedarse con las ganas”. Asimismo la acción más poderosa es el poder decidir; y no es un reflejo condicionado. Hay que trabajar en la vida diaria un diagrama de decisión porque comer “hace mal”. Se va a incorporar la parte racional. Cuando se decide comer hay una decisión errada guiada por la inmediatez y/o capricho; pero hay que saber que no siempre lo que me gusta me conviene. Es una decisión difícil porque hay que dejar de lado lo que a uno le gusta. Por lo tanto, no me conviene por ahora hasta que no aprenda la medida (pequeña porción). Ravenna (2006) sostiene que hay que revalorizar la incorporación de la medida a la alimentación. El “no” inaugural es el límite que propone para que la persona no sucumba ante el primer impulso. Esto ayuda a que nos mantengamos en el tratamiento porque ante el más mínimo permiso se pierde todo lo hecho.

Una de las pacientes trae el concepto de resiliencia. La psicóloga agrega que es la capacidad que tienen los metales de ser maleables y no quebrarse; llevado al campo de la psicología es la facultad que tienen los seres humanos de salir adelante en situaciones conflictivas. La idea es salir de la mala situación que le toca vivenciar al obeso; es decir; encontrar un espacio que le permita vivenciar otra alternativa. Se hace hincapié en que se puede dar una respuesta diferente porque el grupo lo permite. Más allá de eso es bueno poner un límite para no caer en la tentación y no es necesario haber pasado por una situación traumática. Lo bueno es poder aprender a comer lo justo. Es fundamental

en el tratamiento tener presente que se desciende de peso por lo que se come y esto debe estar delimitado por una medida; y ésta es la pequeña porción. ( Ravenna, 2006).

Otra de las pacientes expresa que hay que cortar las emociones dramáticas. La psicóloga lo lleva al grupo y expresa:” cuando uno esta tomado por las emociones dramáticas de la vida, es difícil ver una alternativa posible”. La psicóloga observa:” se canaliza el impulso por medio de la comida; si hay pacientes que bajaron de peso, algo hicieron de distinto para no engordar”. Abre al grupo la pregunta de qué sería hacer algo distinto:” ¿ qué hicieron en ese momento”?.

Uno de los pacientes responde:” tomar agua, ir a caminar, ir al cine, ir al grupo todos los días, cumplir con la vianda, comprar lo estrictamente necesario para la dieta , conocer la composición de los alimentos, etc”.Entonces hay herramientas que se pueden usar diferentes a comer. Existe esa capacidad. La psicóloga acota:” hay cosas para hacer y no hay que caer en la trampa de que tener ganas de comer es igual a comer, hay otros recursos, saber que puedo decidir, que va a costar más o menos, de última iré al cine porque me conviene porque si me quedo como o tiene más peso estar flaca que tolerar una película que no me gusta”. Torrecillas Godoy (1994) agrega otras técnicas como ser: comer en el mismo lugar y a la misma hora, ir a comprar cuando se está saciado, guardar los alimentos en lugares muy concretos de la casa, etc.

Uno de los pacientes comenta el relato bíblico de la creación del mundo y la tentación: “hay que tomar la decisión de no comer”. La psicóloga agrega:” se tiene el libre albedrío para elegir no comer”. Ravenna (2006) sostiene que están los pacientes que posponen la acción porque el desprenderse es vivido dramáticamente, aunque no lo es cuando lo consiguen: solo se pisa firme cuando se realizó el cambio. Hay miedo a realizar el corte con la comida aunque constituya una liberación.

El profesional expresa que el estar tomado por los impulsos es una excusa del gordo para seguir comiendo. Más allá de que haya un estado de enajenación total porque se come sin hambre o por descontrol. Es una posición negativa; en vez de pos poner el deseo, postergo sentirme bien. Lo compara con una compulsión bulímica que es interrumpida cuando alguien de afuera lo frena; entonces; es necesario que el paciente tenga una red que lo contenga y le ponga un límite: “se busca un alivio temporario, la gente cada vez esta más fuera de si misma y no se conoce lo suficiente como para meter una contra orden; no tienen una buena autoestima por eso buscan compensarla con objetos como ser autos, vestimenta, etc; el obeso esta débil frente a su instinto que

lo toma y lo posee. Hay cada vez mas contacto objetal que subjetal; se refleja en la inmediatez, en la rapidez, etc, y esto lleva a comer para bajar esta irritación “.

Uno de los pacientes expresa:” después de bajar 47 kilos descubrí un poder que no sabía que tenía, ahora puedo controlar lo que como”. La psicóloga agrega:” hay que mantener un dominio sobre uno mismo, siempre se va a poder acceder a una acción distinta para evitar la tentación; se apunta a que la medida es un valor y el exceso es un disvalor”, no puedo todo, puedo esto; cuando estoy muy débil es bueno poder ir a un lugar que te diga que puedes; se puede parar en media porción; aunque va a haber una lucha entre seguir comiendo y parar”. Ravenna ( 2006) sostiene que esto es un grupo: es una aventura, un desafío, un encuentro, un descubrimiento, un estímulo para darse cuenta de que no importa en que momento de la vida se está, por suerte se puede cambiar.

Otro de los pacientes expresa:” que el adicto es un especulador”. Y la psicóloga agrega:” si, hay manipulación; hay que trabajar en el no rotundo , hay que aprender a manejar la impotencia, no hay que desesperarse, no hay que ponerse en primera figura porque uno se encuentre débil, la ayuda es saber que hay otros, ya se es grande, el grupo no está para ser utilizado como excusa para no crecer”. En los grupos se suceden fenómenos positivos porque el círculo del paciente se ve enriquecido por contactos nuevos que lo liberan de prejuicios y le hacen conocer un mundo lleno de originalidad y desafíos ( Ravenna, 2006).

Uno de los pacientes dice:” estoy comiendo una medida, antes tenía atracones por suerte ahora estoy eligiendo comer la vianda”. La psicóloga especifica:” se puede ser normal como los demás, hay que trabajar creyendo en el presente, es importante no mostrar una conducta superadora sino que hay que asumir que uno tiene un problema, en el grupo va a haber contención, puede ser que tarden en recuperarse pero con paciencia se sale adelante, hay que mantener la esperanza porque con ella uno se siente mejor para trabajar la adicción”. Montero, Cuneo, Frattini & Bressan (2002) sostienen que es labor del terapeuta ayudar a encontrar las razones que justifiquen emprender y sostener un tratamiento. Se deben proponer metas en relación al costo-beneficio que sean realistas.

Una de las pacientes expresa:” vine porque un compañero de trabajo empezó el tratamiento en el Centro pero me terminé de decidir porque me sentía angustiada y tomé conciencia de que éste era el lugar”. La profesional le consulta:” ¿estas bajando de peso?, ¿ tenès hambre?, no tenès que aferrarte a tus miedos porque vas a seguir viviendo

situaciones malas, hay que recobrar la dignidad humana y llevar lo aprendido a todos los ámbitos de la vida, esto va a implicar un reencontrarse con las ganas de vivir”.

Una de las pacientes expresa:” desde que sigo la dieta recobré mis ganas de vivir, “siento que la información que tengo me permite tomar una decisión”. La psicóloga expresa:” a veces nos sentimos mal cuando vemos que los pacientes pierden la esperanza, es algo muy triste porque desde nuestro espacio habría poco para hacer, ustedes tienen que saber que acá se puede”. Quienes han adelgazado destacan siempre la importancia de sus compañeros del grupo, ya que estos fueron los que les brindaron contención ante las caídas y empuje para seguir. Ravenna (2009) afirma que el grupo exige un compromiso con el tratamiento. Por eso es fundamental que los pacientes se comuniquen entre ellos porque el aislamiento contribuye a mantener la obesidad.

Una de las pacientes llorando expresa:” no puedo controlar el apetito, la vida se pasa y no la puedo disfrutar”. La psicóloga le indica:” si pudiste disfrutar del grupo, vas a poder disfrutar de otras cosas, acá se rescatan cosas que en otro lugar no se pueden hablar, en la vida diaria hay que enfrentarse a muchas situaciones, hay que dejar de lado el enfoque narcisista de que me estoy sacrificando, no se puede tener todo bajo control, hay que aprender a dejar de lado las situaciones que no tienen modificación porque no se puede ayudar a los demás si uno está mal, aprovechen al grupo, quédense para aprender a enfrentarse con sus miedos con dignidad y estoicismo, los profesionales estamos para fortalecerlos internamente; además no hay que perder el eje, el grupo es un lugar de encuentro de sentimientos que no tienen en otra área de la vida, no olviden que el objeto adictivo es el acompañante de la gente solitaria y si me siento vacío me lleno de alimentos para no sentirlo”. Ravenna (2009) sostiene que se confronta a los pacientes con sus discursos dramáticos, victimistas o exculpatorios y se los empuja hacia un discurso positivo y vitalista. La adicción a la comida es la mera repetición de conductas desbordadas, de excesos, de falta de límites y de no saber que hacer con el cuerpo de uno mismo.

Otra de las pacientes dice:” llegue al grupo porque tuve un pico de estrés y mi marido nunca estuvo de acuerdo con el tratamiento pero para mí es importante venir”.Y la psicóloga le contesta:”no importa lo que piense el otro sea quien fuere, no te va a quitar el derecho de que vengas al grupo porque es necesario para que bajes de peso; si pido algo que deseo y no molesta a nadie, no está mal; acá uno se alivia cuando corta con la comida”. Fernández Lira & Rodríguez Vera (2002) agregan que el terapeuta debe estar preparado para suspender su juicio y trabajar aceptando el sistema de valores del

paciente. Su trabajo no consiste en ofrecer una visión determinada del problema sino ayudarlo a explorar posibles significados de los elementos que la integran para que pueda arribar a una solución ( en este caso empezar el tratamiento).

La psicóloga consulta:”¿ sienten que algo les produce el corte con la comida?: cuando uno corta la comida, ésta deja de cumplir la función que tenía en la familia; tiene muchos efectos expansivos cortar con la comida: pueden asustarse o tener ataques de bronca; lo positivo es que se les produce una sensación de alivio, en ese momento van a aparecer un montón de situaciones que estaban tapadas por la comida; en definitiva lo que aparece es la vida”.Uno de los pacientes dice:” a veces siento que tengo un enemigo adentro porque no puedo dejar de comer”. Y la psicóloga le dice:” tenès que trabajar cuando te vienen las ganas de comer, porque seguro que no te gusta como estás físicamente y no está bueno soportar eso; me parece que si dejas de comer aparece tu vida y eso te da miedo, usas la comida como una armadura para no enfrentar tus dificultades diarias”. García Camba (2007) sostiene que el terapeuta tiene que dirigir su discurso con el objetivo de confrontar al paciente con sus ambivalencias, sus frustraciones y sus problemas de fondo, tratando de provocar una “disonancia cognitiva”, para que tome conciencia de las incongruencias existentes entre sus objetivos y sus conductas.

Un paciente dice:” me siento mal porque no puedo bajar y ya probé de todo”. Y la psicóloga le dice:” cuando se empieza un tratamiento en Ravenna es porque se busca una solución final y todo lo anterior fracasó, esto significa un darse cuenta; con venir no alcanza para realizar la desintoxicación con la comida y desarmar la coraza; hay que hacerse cargo de lo que a uno le pasa; todo componente de obesidad mórbida tiene un componente psicológico ( angustia), lo que hace que un paciente cambie es la demanda, sin demanda no hay terapia; hay que salir de la rutina, de la compulsión a repetir; el alivio viene por la distancia con la comida; y esencialmente toda persona que tenga tendencia al apego con la comida tiene que realizar un corte para crecer”.Ravenna (2006) sostiene que el mecanismo adictivo es el siguiente: cuanto más se repite una sensación, más se habitúa el cerebro a la recompensa y busca el placer. Estos estímulos modifican la química del cerebro, que aumenta la producción de la dopamina (un neurotransmisor euforizante que es el mismo que se segrega bajos los efectos de la cocaína) y produce que algunos receptores de la misma ( vinculados con sensaciones gratificantes) presenten una densidad menor a la habitual. Así el adicto tendría menor capacidad para obtener placer por mecanismo naturales y buscaría ese disfrute por

medio del consumo de comida. Cuando el cerebro se acostumbra a una dopamina alta, comienza a sufrir su carencia. Y se inicia, de esta manera, la búsqueda de una nueva experiencia placentera similar para no sufrir el síndrome de abstinencia. Finalmente, la conducta en cuestión (compulsión a comer) pasa a ser el medio para sentirse bien.

Un Paciente expresa:” siento que me estoy muriendo de hambre con la dieta”. Entonces la psicóloga acota: “ una cosa es el hambre y otra estar acostumbrado a comer en demasía, hay que cambiar lo rico por lo bueno porque no son del mismo orden, hay cosas que son buenas aunque no sean deslumbrantes; hay mucha gente que viene a los grupos y lo puede hacer, acércate a los compañeros que esta haciendo bien la dieta a pesar de tener familia, hijos, etc; en el fondo es una cuestión de actitud que se construye adentro, mas allá del entorno; ¿ Qué tipo de conductas puedo realizar para demostrar que cambie de actitud”? ( pregunta abierta al grupo).

Algunos pacientes dicen: “hay que cumplir con la dieta”. A lo cual la profesional les contesta: “no pasa solamente por cumplir, a veces pueden venir sin capacidad de elegir siquiera, es más, vienen porque algún familiar o amigo los trae, elegir es un proceso que se va construyendo a lo largo del camino; en general no les creemos que se sientan bien el primer día sin comer porque lleva tiempo interiorizar una conducta y esto pasa si uno sale de un lugar de pasividad en la vida”. La actitud en si no es adictiva. Si lo es la conexión del individuo con ella. Y, en el caso de la obesidad, ésta no es una enfermedad adictiva, pero el comer si lo es, y la obesidad es su consecuencia ( Ravenna, 2009, pág. 80).

Otro paciente expresa:” hay que salir del lugar del obeso”. Y la profesional le contesta: ” una persona que tiene 100 kilos no puede decir que se siente bien porque tiene deformada hasta la mirada de la realidad, la tendencia en esta enfermedad es a frustrarse, a negarse a uno mismo; la adicción tiende a dominarlos porque lo importante es tener la comida; el límite se toma cuando los pacientes sienten que tienen que depender de otros antes de tiempo, es decir, no pueden levantarse si se caen o no pueden atarse los cordones de los zapatos, etc; hay que trabajar las actitudes y estamos para ayudarlos para que aprendan a comer; es importante que se valoren, que se tomen sus tiempos, ir al grupo y dejar de lado ciertas cosas”. Gauralet Aza (2006) hace hincapié en que lo importante es que el paciente pueda pedir ayuda y salir del aislamiento que produce la enfermedad. Con el tiempo si sigue el tratamiento va a aprender las habilidades necesarias para descender de peso, el primer paso consiste en tomar conciencia del problema y acercarse a un profesional que pueda asistirlo.

Un Paciente expresa:” me cuesta seguir la dieta y encontrar un espacio para hacer educación física”. La psicóloga le responde: “es importante que sepan que si hacen ciertas cosas van a poder y en el grupo van a encontrar energía para hacerlas”.

Un Paciente invitado comenta:” aumenté 20 kilos y me invitaron a estar en el grupo, peso 166 kilos”. La profesional le indica:” tenemos pacientes que bajaron 50 kilos o más viniendo varias veces al grupo; tenés que mantenerte en contacto para seguir el tratamiento; hay que concentrarse, es un camino más largo que el de otros pacientes pero es posible; se puede mantener continuidad aunque no estés viviendo cerca de la Clínica”.La psicóloga realiza una pregunta abierta al grupo:” tienen alguna duda?...que sensaciones tuvieron?”

Uno de los pacientes comenta:” es mi primer día y pasé por varias instituciones como ser Alco, Cormillot, etc; estoy en el grupo porque me siento identificada con lo que le pasa al resto de los compañeros: y además me duele la mirada de los otros sobre mi cuerpo”.

La profesional responde:” en este tratamiento no se habla de comida ni se toca el tema de las recetas porque hay mucho respeto hacia la dieta, es decir, se sabe que es una adicción por eso hay que mantener los límites; la dieta está dada y si los pacientes vienen a la clínica es para hacerla; hablamos de dos tipos de mirada: la de afuera (como me mira el otro) y la mirada que tengo sobre mi mismo: al principio cuando uno está obeso se muestra de manera defensiva porque estar enfermo constituye una herida narcisista y la otra mirada la encuentran al final del camino donde toman conciencia: se dicen a sí mismos que saben lo que hicieron y lo van a llevar con honor; cuando bajen y lleguen al peso se van a sentir muy bien; mas allá de la mirada de los otros, lo importante es la mirada que uno tenga sobre si mismo; es decir, no bajan de peso solamente porque quieren hacerlo sino que hay un encuentro con una herramienta que les permite concretar ese objetivo, porque por alguna razón no les funcionaron las dietas de las revistas, televisión, etc; la dieta es muy simple pero el tema pasa por otro lugar, primero hay que parar de comer y después se trabaja sobre eso, por lo general las mujeres son de picotear y los hombres comen en grandes cantidades en las comidas porque para los obesos la comida es todo”.

Una paciente expresa:” soy adicta a los yogures, me como 15 por día”. La profesional le responde:” tenés que ir a ver a la nutricionista, dejar de comer yogur para volver a la dieta; se necesita el encuentro de alguien que tenga una personalidad adictiva con el alimento para que se genere un círculo vicioso , si hay alguna adicción con algún

alimento de la dieta tienen que dejarlo y variarlo con otra cosa; además ese alimento tiene muchas calorías y no vas a bajar de peso; se pueden comer hasta 4 por día; anótame en un papel lo que vas comiendo y lo hablamos cuando vuelvas al grupo mañana”. Apdelforder (2004) sugiere llevar un carné alimentario en el cual el sujeto anote lo que come: cuándo, dónde y en qué circunstancias. De esta manera se trabaja en la toma de conciencia de los factores que influyen en la ingesta de alimentos como ser ambientales y relacionales; y de las emociones que conllevan (alegría, tristeza, bronca, etc). De a poco el sujeto aprende a tomar distancia del alimento.

La psicóloga agrega para el grupo:” Lo instructivo es venir al grupo, es muy fructífero escuchar a los pacientes que tienen problemas así les sirve a todos, es importante que se junten con un entorno positivo; está comprobado que una persona que es flaca tiene un 30% más de probabilidades de engordar si está rodeada de obesos, hay que construir un ambiente positivo de gente que venga a los grupos o quiera ser deportista para generar un contagio beneficioso ; si llego a mi casa necesito de una mirada de un compañero que me estimule a seguir cambiando, a veces somos duros con ustedes porque sabemos que pueden cambiar, si el otro tiene una mirada positiva sobre mí, me ayuda a ser mejor persona, no es que para adelgazar haya que ser mejor persona, sino que hay que tener tolerancia, disciplina, tolerancia a la frustración, compromiso, etc; empezar a hacer actividad física, a animarse a venir al grupo el fin de semana, a comentar las actividades del grupo con el entorno y pedirles ayuda; anímense a tener una mirada positiva sobre la vida, porque todo depende de cómo se miren las cosas; sé que puede ser pesado venir el fin de semana pero les sirve; y siendo obesos terminan pagando un precio y no sólo es el de los alimentos” . .

Una paciente expresa:” estoy deprimida porque siento que no puedo elegir y me siento mal con el mundo; no puedo parar de comer y ni siquiera disfruto de la misma”.

La profesional le responde:” ¿ en la adicción la persona elige o está tomada por esa sustancia?; creo que uno puede elegir después de haber hecho el corte, es a partir del corte que uno puede empezar a ver que la elección es posible; entrar en la circularidad de cortar la dieta es terrible porque socava la autoestima; por lo tanto no se pierdan la posibilidad de aprender en los grupos la conducta a seguir; la adicción insiste y resiste, a la adicción hay que tenerla cortita; es mucho mejor depender de la solución que del problema; nosotros sabemos comer de más pero no sabemos mantenernos; la gente no lo piensa como una dependencia, hay una tendencia equivocada a que solos van a poder pero estar delgado no pasa solamente por cortar con la comida; la cabeza, es decir, el

hábito hay que entrenarlo y si están en el grupo es porque no saben hacerlo".Lopez-Ibor, Ortiz Alonso & Lopez Ibor Alcoccer (1999) especifican que el terapeuta entrará en conflicto con el paciente y tratará de demostrarle que sus pensamientos son incorrectos y que es eso lo que provoca que cometan excesos.

La profesional agrega": ¿como se puede ayudar a un paciente que está mal?; ¿de que manera se puede ayudar a una persona que esta gorda y encima está enojada?; me parece que es un pedido de ayuda pero es difícil que la consiga porque nadie quiere colaborar con una persona que tiene una actitud desafiante; nosotros nos ponemos triste si vienen pacientes con actitudes rebeldes porque sabemos que el método funciona bien, pero a veces hay gente enojada con el mundo o cuando las cosas no les salen bien se resisten a tratarse; ustedes no lo hagan porque van por buen camino; y si a alguien le salen bien las cosas y se siente mal también tiene que trabajar que le pasa; hay que construir paso a paso el límite para no engordar, no es que no bajan porque no se quieren sino que quieren seguir comiendo y no pueden parar, ese es el tema principal, dejar de comer; es verdad que hay gente que engorda por un duelo, por un embarazo, etc y ya después no se sabe como empezó, etc". Un paciente acota:" el permitido me hizo engordar 66 kilos".Y la psicóloga le responde:" hay que trabajar la medida, hay que aprender a quedarse con las ganas, hay que hacerlo, un método efectivo es dejar de posar la mirada en el plato y empezar a ver para adelante; hay que trabajar qué hacer con la bronca y aprender a dejar ese objeto del cual nos agarramos para no enfrentar la vida, es una muleta innecesaria para una renquera inexistente; está comprobado que la comida genera una adicción como la cocaína, lo importante es que hacemos para bajar de peso, con una vianda bien prolija porque el ojo del obeso engorda el plato y tengan presente que lo importante es salir adelante y dejar de lado el capricho que tienen".

Una paciente comenta:" cuando mi hermana venía a los grupos me burlaba del tratamiento porque además no la soporto demasiado, pero después cambie de idea y la verdad que la pase bien en este encuentro".La profesional le responde:" esto nació con la idea de venir todos los días al grupo y comer menos, es decir, se le perdió el miedo a comer menos; hay un sistema que vale y da resultado que pasa por trabajar en el concepto de adicción con respecto a la comida".En este sentido Fernández Liria & Rodríguez Vera (2002) advierten que el terapeuta no debe perder el foco de cual es el tema de la terapia y no entrar en detalles innecesarios para el tratamiento que pudieran despertar curiosidad para los oyentes.

En síntesis podemos observar que el psicólogo cognitivo conductual va a utilizar la pregunta como medio para introducir los temas al grupo y eso va a permitir la integración de los pacientes nuevos. Se trabaja sobre la conducta y dominio de los impulsos; para ello el profesional les requiere que identifiquen sus estados emocionales y las situaciones que generan ansiedad y que favorecen la aparición de conductas impulsivas. Se busca crear una “disonancia cognitiva” (incongruencia entre la conducta y el objetivo del paciente) confrontando el discurso de los pacientes para que logren plantear una situación mas realista y una alternativa posible a su estado. Para ello se hace hincapié en las acciones conductuales que pueden actuar como un límite ante la adicción con la comida. Una de las herramientas principales utilizadas es la incorporación de la pequeña porción en la alimentación para que funcione como un límite a la voracidad y al desenfreno. Al mismo tiempo el psicólogo busca que el grupo participe sus experiencias personales para que el resto les de contención y eso actúe como un medio para que logren impulso en su dieta.

**Las intervenciones del psicólogo cognitivo-conductual en el grupo de pacientes obesos que asisten durante un mes al " grupo de mantenimiento" durante la 2a etapa de su tratamiento.**

Ravenna (2009) sostiene que el adelgazamiento tiene un principio y un fin, y el intervalo entre la realización y la acción tiene que ser sumamente breve. Por eso es común escuchar a los pacientes que ya han llegado a su peso ideal y están en mantenimiento decirles a quienes recién comienzan que se apuren, porque primero hay que adelgazar para luego cambiar los hábitos, con un logro (el cuerpo adelgazado) que hay que mantener y cuidar. Si se adelgaza, se logra modificar el gran mal hábito del apego con la comida y al cortar con este exceso se logra alivio y se recupera el goce. También implica recuperar la autoestima y aspectos olvidados como gustarse y gustarles a los demás.

### **Intervenciones del psicólogo cognitivo-conductual:**

Un paciente expresa: “vengo al grupo de mantenimiento para seguir conociéndome a mi misma”. Y la profesional le contesta:” ya no se habla de la gordura sino de uno mismo; tienen que tener una alarma para no aumentar de peso o de talle; si bajaron de peso no es que van a dejar la adicción porque tienen una personalidad con esa tendencia, tienen que seguir trabajando los otros sabores que tiene la vida”.Un paciente comenta:” ¿que otros sabores tiene la vida?”

La psicóloga le contesta:” hay otros placeres que tiene la vida como por ejemplo juntarse a tomar un café con una amiga, en realidad, es algo muy personal, hay muchas otras opciones y maneras de pasarla; no tiene que ver con que la comida nos deje de gustar sino que en este espacio estamos trabajando para abrir un abanico de posibilidades; sabemos que se puede encontrar placer en vivir mejor, sin sentir una opresión de estar obeso; por eso siempre hay que cuidarse y no perder el ojo, tienen que comprar que están flacos; nuestro lema es decirle que no al segundo bocado”. Ravenna (2009) argumenta que el desafío de superar la adicción a la comida se basa en encontrar placeres positivos, más reales. No sólo es cuestión de comer menos sino de hacer algo agradable para no comer. Lo fundamental pasa por transformar el momento de comer en una rutina más de la vida, en un trámite más, y dejar de sentir que la vida es un transcurrir entre comidas. Moreno, Megias y Hernández (2002) argumentan que el terapeuta tiene que hacer hincapié en las razones que llevaron al adelgazamiento como ser mejorar la apariencia física, tener una mejor vida social o para prevenir la aparición de enfermedades médicas.

Un paciente expresa:” uno aprende a dejar de lado el objeto (en este caso la comida) y descubre que hay otros proyectos para concretar; se descubren otras facetas de uno y si uno olvida esto está bueno éste espacio para volver a elegirse; uno está más feliz y puede concretar sus proyectos”.La psicóloga hace una pregunta abierta al grupo: “¿alguien más puede contar por qué es positivo estar en este grupo?”.

Un paciente expresa:” gracias a venir al grupo de mantenimiento volví a hacer deporte por palermo; y me reencontré con la música y el baile; llegue a un estrato más profundo y desde ahora no quiero dejar de hacer lo que me hace bien; estoy super disciplinada, no existe más en mi vida la comida; en mi opinión es una elección libre, sería un nuevo punto de vista para ver las situaciones conflictivas que pueden aparecer”.

La psicóloga le contesta:” uniste mente con cuerpo y resultado con creatividad y movimiento, te felicito; esto quiere decir que viniste a trabajar en la Clínica; si es una elección , es como cambiar la locura de tu caso por la salud, el orden y una cierta coherencia; el desorden es anarquía, todos ven que se tuvo que someter a un límite para ser libre; se asemeja más a un recorrido porque la disciplina es algo impuesto desde afuera, en cambio el punto de vista es algo construido desde adentro; por lo tanto, si tenemos en orden la dieta podemos empezar a trabajar otras áreas como ser las relaciones sociales; hay algo en relación al alimento que hace que uno en un momento puede recaer por eso no tienen que dejar de venir al grupo de mantenimiento; cuando uno está cargado tiene que aprender a pedir ayuda, a no hacer catarsis con la comida; no tienen que olvidarse de que cuando uno empieza a hacer las cosas bien se siente mucho mejor; y esto se hace eligiendo otras vivencias como ser ir a bailar, cantar, etc; en cambio si me enrosco con la comida, todo lo demás no existe”. Duarte (2003) detalla que el terapeuta debe guiar al paciente hacia el logro de conductas alternativas como ser caminar, hablar, encontrarse con amigos, etc.

Un paciente expresa:” me cuesta mantenerme en mi peso y estoy flaqueando”.

La profesional le responde: “ ¿ Cuántas veces viniste al grupo?, ¿ como te sentís con lo que te pasa?, podemos pasar más de una semana hablando de esto pero el mensaje es que tenés que tener más continuidad con los grupos para entender qué te está pasando; siempre hay un espacio donde se puede estar mejor; tenés que poner al grupo de mantenimiento como prioridad absoluta y dejar de lado otras cosas porque lo necesitas; tenés que hacer todo lo que esté a tu alcance para mejorar y la dosis del remedio tiene que ser ajustada a la enfermedad que tengo; por lo tanto, no es que no puedo sino que hay que aumentar esa dosis”. Ravenna (2006) aclara que el terapeuta tiene que hacer hincapié en la angustia como motor de cambio para sostener la conducta.

Un paciente expresa :” tengo un trabajo muy demandante y me termino premiando con comida por eso tuve varias recaídas; en ese momento pensaba que no necesitaba del grupo y dejé de venir”.La psicóloga le contesta:” el obeso se engaña a sí mismo pensando que controla la adicción, lo importante es que sepas que puedes cambiar y que eso se va a fortalecer si venís a los grupos; uno siempre tiene excusas para no hacer el tratamiento como ser el trabajo/hijos/pareja y eso no es bueno; uno termina poniendo una dificultad por encima de su necesidad y ésta termina siendo el eje de todos sus males”. Torrecillas & Godoy (1994) especifican que el terapeuta tiene que trabajar

sustituyendo pensamientos negativos que llevan a ingerir grandes cantidades de alimentos por pensamientos positivos.

Un paciente expresa:” a veces me siento tentado”.La psicóloga le contesta:” tienen que aguantarse la desesperación del comer, porque no es que realmente lo necesiten sino les va a venir encima la gorda; en el momento en que se van a tentar, te serenas y no comes porque implica mantener una tranquilidad; cuidado con lo que depende de afuera y con lo que depende de uno; sabemos que esta adicción depende de cada uno de ustedes, por eso tienen que aprender a dominarse y pueden llamar a algún compañero del grupo si se sienten débiles o a mi celular”. Marlatt & Gordon ( 1980) sostienen que el paciente dispone de habilidades para dar una respuesta a una posible transgresión mediante una técnica de resolución de problemas, que le permite identificar las ventajas y desventajas que a corto plazo lo puede llevar transgredir.

Un paciente expresa:” Me da vergüenza confesar que tengo conflictos con mi esposa porque al verme bien no me sigue ayudando con la dieta y parece que me quiere tentar con los alimentos que prepara”.Y la psicóloga le responde:” ante estas situaciones una solución podría ser sentarse a hablar con ella y expresarle como te sentís a ver si te comprende; y también sabes que están tus compañeros de grupo por si se presenta alguna dificultad y querès hablar con alguien el fin de semana”. Leitenberg (1982) cita el armado de una red social ( de apoyo emocional) como uno de los cuatro factores que ayuda a mantenerse en peso.

Una paciente comenta:”a mi me pasa que me cuesta estar en reuniones sociales y no comer porque la gente te estimula a hacerlo porque te ven muy flaca”.La psicóloga le responde:” tenès que poder sostener el cambio sin exponerte tanto, es decir, tenès que cuidar lo que lograste, todos te envidian tus logros pero no saben el sacrificio que te llevó llegar hasta ésta instancia; tampoco es que vas a pretender ser una modelo, sino que tenès que aprender a quererte así; lo malo no sería fallar sino no hacer nada con la falla; y no te olvides que podes elegir un mejor ambiente para conectarte socialmente si estas reuniones te causan un perjuicio o estaría bueno no ir por un tiempo hasta que te sientas mas fuerte”. Torrecillas & Godoy (1994) sostienen que hay que identificar los posibles problemas que puedan surgir en el futuro para evitar las recaídas. En estos casos los pacientes no pueden utilizar una adecuada estrategia de afrontamiento, entonces pierden el autocontrol y terminan comiendo.

Un paciente expresa:” hoy fui con el grupo a correr por palermo y pude vivenciar como me sentía con el grupo; uno cuando viene a la Clínica se siente perdido y solo ve sus

errores; con el correr del tiempo y viniendo a los grupos mis compañeros me fueron llevando a ver lo bueno que tenía en este presente y cuando me siento mal son un sostén”. La profesional le contesta:” es muy interesante lo que nos comentas, porque la actividad física hace que se recupere la gimnasia mental que necesita el cuerpo y se deja de lado el sedentarismo y la rumiación; por favor; no dejen de tomar conciencia de eso porque tienen que aprender a conectarse con su nuevo esquema corporal; hay una palabra que me gusta utilizar que es la integración: implica relacionarme con los otros y con la energía que me dan, no hay que perderse de eso; hay que dejar de lado las excusas para ponerse a trabajar con el cuerpo y con la expresión de uno mismo para que no se arruine. Ustedes saben que es mentira que no tienen tiempo para hacer ejercicio; si decido ser sedentario me tendría que hacer un chequeo a ver si el cuerpo me lo permite; no existe actividad individual que nos divida, cuerpo y espíritu se encuentran juntos; no olviden que la actividad física es motor para tener ganas de hacer otra cosa”. Saldaña & Bados (1988) hacen hincapié en que una de las técnicas para evitar la relajación es adoptar el modelo de Alcohólicos Anónimos que dura toda la vida y están comprobados los efectos beneficiosos que produce saber que se cuenta con el apoyo de otros compañeros.

Un paciente expresa:” me gustaría poder comer todo lo que quiera y seguir manteniéndome delgado”. Y la profesional le contesta:” esa es una frase de los mediocres porque es lindo estar flaco y eso no se logra fácilmente; hay palabras que son síntoma de enfermedad como por ejemplo la necesidad: esto demuestra dependencia hacia los otros, lo cual es terrible; el otro camino implica desafiarme y demostrar que se puede; no olviden que tienen tendencia a engordar; obviamente tampoco es cuestión de estar sufriendo para conseguir lo que uno quiere; para respirar un aire distinto o registrar al otro no cuesta tanto, pasa por dejarse llevar por nuevas sensaciones”. García Camba (2007) argumenta que es normal que los pacientes experimenten la terapia como algo amenazante porque implica dejar de lado antiguas creencias o conductas que les daban seguridad; por eso hay que hacer hincapié en la motivación que produce el cambio para que aprendan a reconciliarse con su cuerpo e imagen.

Un paciente expresa:” muchos de los que me juzgan por estar obeso después creen que estoy enfermo desde que me veo delgado”. Y la psicóloga le contesta:” se escucha mucho entre los pacientes hombres que adelgazan que sienten que bajó su imagen si dejaron de ser robustos, por eso es importante el grupo para dejar de lado la fantasía; es decir; el obeso es muy fantasioso y cuando se frustra vuelve a comer; otra de las

actitudes que tienen que trabajar es mayor tolerancia a los vaivenes de la balanza, algunos días van a estar más delgados que otros, hay una cierta variación en el mantenimiento que es absolutamente normal; recuerden que tienen que tener constancia en esta última etapa porque no hay soluciones mágicas; el atracón puede empezar por una actitud que no me gustó y es una lástima tener que volver a empezar; nosotros estamos para guiarlos en este camino que implica varias etapas, cualquier duda nos pueden llamar o nos mandan un mail”. Saldaña & Bados (1988) hacen hincapié en diferentes técnicas para evitar las recaídas como pueden ser que el terapeuta facilite su teléfono y su correo electrónico para tener un contacto fluido con el paciente.

Es común escuchar en los pacientes:” No quería salir de mi casa; me daba vergüenza”. Esa es la cruda realidad del obeso: lidiar permanentemente con la mirada de los otros.

En síntesis observamos que en este grupo el terapeuta utiliza técnicas de resolución de problemas para que los pacientes identifiquen las ventajas y desventajas que les puede llevar una recaída en el mantenimiento de su conducta. Se trabaja sobre el armado de una red social en el grupo para que funcione como un sostén ante la posibilidad de una transgresión. Y se hace hincapié en que elaboren sus proyectos vitales que anteriormente no tenían como prioridad; es decir; el adelgazar les va a permitir tomar contacto con otros aspectos de su vida que no estaban desarrollados ( por ejemplo: profesión, pareja, hijos, etc).

## CONCLUSIONES:

En el día de hoy, muchos profesionales de la salud basan el tratamiento de descenso de la obesidad únicamente en dos pilares, planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física; pero esta es una mirada reduccionista del problema. Para sostener un tratamiento a lo largo del tiempo es necesario que se presten atención a otras variables, que van a permitir que el paciente se comprometa adecuadamente con el cuidado de su salud. Trinidad (2009) señala que una dieta necesita apoyo psicológico para no fracasar. Es decir, en general se establece un vínculo emocional con la comida, recurriendo a ésta para tapar la tristeza o la depresión. Los pacientes que reciben ayuda tienden a tener éxito en su tratamiento y el porcentaje de recaída es bajo en comparación con los que hacen la dieta solos.

Silvestre & Stavile (2005) consideran que los factores psicológicos son los causantes de la obesidad o que son una consecuencia de la discriminación social hacia el obeso. Otros autores ( Stunkard & Wadden, 1984 ) no hallaron en su experiencia clínica una personalidad del obeso. Sin embargo, comprobaron que los pacientes obesos sufren diversos trastornos psicológicos respecto de los pacientes no obesos. Estos trastornos constituirían fallas parciales en la formación de la estructura psíquica.

Para la teoría psicoanalítica, estarían presentes una tendencia al aislamiento, depresión, hostilidad, dificultades sexuales y trastornos del esquema corporal. La obesidad sería para el sujeto el signo de que algo no marcha en lo real, y el comer de forma insaciable aparecería como una respuesta frente a la falta en ser. Una de las limitaciones de esta teoría consiste en que la historia de cada sujeto es personal y por más que se tenga el mismo síntoma los motivos son particulares, por lo cual no se puede generalizar(Cassani,2003).

Bruche (1973) indica que el obeso tiene problemas para identificarse con sus propias sensaciones, no pudiendo distinguir el hambre de otras emociones. Es decir, se vuelve a reeditar un trauma temprano: haber sido alimentados cuando manifestaban un estado interno de tensión independientemente de la emoción que manifestasen. Esto conlleva un desconocimiento de los límites del yo y de la imagen del propio cuerpo.

Bauza & Celiz (2005) coinciden al considerar que las dificultades del desarrollo evolutivo en la infancia, pueden determinar fijaciones en la etapa oral y provocar

frecuentes regresiones en la vida adulta, determinadas con un cambio en la alimentación que llevaría a la obesidad. Es decir, se interpreta el comer compulsivo como una adicción determinada por el mecanismo de negación que llevaría al obeso a tratar de reparar la pérdida de objetos a través de comidas abundantes. Resumiendo esta línea psicoanalítica, se entiende que la falta de atención y comprensión de las necesidades emocionales del recién nacido, hace que algunas personas consideren a los alimentos como el único objeto sustitutivo confiable.

Silvestri & Satavile (2005) sostienen que los obesos pueden desarrollar co-morbilidad con otras psicopatías como ser la ansiedad, la depresión, la angustia y el trastorno alimentario compulsivo. Oblitas (2003) coincide al señalar que la complejidad de la obesidad, expresa la existencia de otros complejos como ser baja autoestima y depresión.

Otros autores ( Gerrig & Zimbardo, 2005 ) argumentan que los pacientes obesos ante situaciones de estrés relacionadas con su autoestima y capacidades individuales, tienden a desinhibirse con respecto a la comida y la consumen en grandes cantidades.

Las investigaciones que se llevaron a cabo con pacientes obesos demostraron que los tratamientos cognitivo-conductuales son eficaces para producir un descenso de peso combinado con intervenciones psicológicas conductistas (Shaw K, O'Rourke P, Del Mar ,C. & Kenardy, J, 2005). Los modelos cognitivo conductuales ( Martin & Robles, 2009) utilizan como principales estrategias la alianza terapéutica y el modelamiento de hábitos de salud, apuntando a regular la conducta alimentaria, modificar los pensamientos distorsionados que se tienen con la dieta y el ejercicio, etc. Beck (2007) sostiene que al identificar los pensamientos distorsionados, se evitarán las consecuencias emocionales negativas que se generan durante el tratamiento de descenso de peso ( ej: frustración, ira, tristeza, culpa, etc).

Plasencia, Santana, Rodriguez & Rivieri (2009) argumentan que hay factores socioculturales que constituyen serias limitaciones a estos modelos como ser el nivel educativo de los pacientes, la distancia geográfica en la que se encuentran al momento de iniciar el tratamiento, la profesión a la que se dediquen y que tengan una edad tardía. Es decir, hay un alto nivel de abandono al tratamiento cuando los pacientes tienen un nivel educativo primario, una profesión que esté en contacto permanente con los alimentos y cuando se encuentran geográficamente lejos del Centro Terapéutico o del domicilio del profesional que los atiende. Saldaña & Bados (1988) argumentan que a pesar de la superioridad de la terapia de la conducta frente a otros tratamientos contra la

obesidad, todavía no ha podido resolver dos problemáticas: la pérdida de peso no es clínicamente significativa y el mantenimiento del peso perdido raramente se mantiene a lo largo del tiempo.

Considero que el centro terapéutico ofrece un excelente tratamiento para los pacientes que padecen un vínculo adictivo con la comida. Es decir, se les brinda un servicio integral y todos los profesionales trabajan de una manera interdisciplinaria manteniendo un nivel de excelencia tanto en lo profesional como en lo personal.

No obstante, me permito discrepar con la concepción y el tratamiento que hacen de la obesidad. En mi opinión es una enfermedad con características crónicas que requiere un tratamiento a largo plazo pero no implica una adicción en sí. Como instructora en Salud, Educación y Actividad Física considero que el abordaje de la enfermedad se realiza con un tratamiento cognitivo conductual, que requiere de la colaboración de otros profesionales del área de salud (médicos, nutricionistas, deportólogos, etc) y manteniendo una línea de trabajo en la cual prime la contención al paciente. Es decir, no es necesario un método invasivo ni que conlleve un sacrificio desde un principio. Es difícil que una situación de privación de alimentos se mantenga en el tiempo, lo cual explica claramente las frecuentes recaídas de los pacientes. Casado, Camuñas, Navlet, Sanchez & Vidal (1997) argumentan que hay que combinar educación nutricional y técnicas psicológicas destinadas a la modificación de las variables asociadas a la obesidad. Es fundamental que el paciente aprenda a elaborar su propio menú, haciendo énfasis en el tipo de alimento consumido y en su preparación. Sin embargo, no se establecen “cantidades” a consumir para que el sujeto no pase hambre ni se desmotive en el tratamiento. Asimismo se incluyen información sobre la enfermedad, como elaborar un menú, entrenamiento en habilidades sociales, etc. Otro autor (Ogden, 2003) describe una dieta sana conformada por los grandes grupos de alimentos (frutas, verduras, carbohidratos complejos, etc) e insiste en el consumo equilibrado de los mismos. Una dieta saludable puede proteger contra el desarrollo de enfermedades y puede ayudar a controlar el desarrollo de una enfermedad una vez diagnosticada.

El paciente con obesidad requiere de una alimentación integral, en la cual no se le prive de ningún alimento desde un principio para que progresivamente pueda aprender a descender de una manera saludable y pueda mantenerse. Considero que los pacientes tendrían que consumir alimentos en periodos frecuentes de tiempo (cada dos horas) que constituirían un total de seis comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda, cena y dos o tres colaciones); y deberían evitar salteárselas para no abusarse en la próxima ingesta.

Abiuso & Leuco (2011) señalan que un plan alimentario saludable debe poseer el doble de calorías que indica Ravenna para evitar consecuencias dañinas para la salud. Dritsos (2007) coincide al explicar que las dietas restrictivas logran adhesión porque muestran resultados a corto plazo pero luego los mecanismos internos del cuerpo llevan a la contrarregulación y al aumento de peso. Coon (2005) especifica que las dietas en las cuales se engorda y adelgaza cíclicamente son peligrosas para la salud porque se acrecienta el riesgo de enfermedad cardíaca y muerte prematura. Lo ideal es implementar una alimentación moderada para que el cuerpo responda bien aunque no sea el peso que quiera el paciente.

Al ser un sistema más flexible, les permite a los pacientes tener un objetivo (descender de peso) de una forma más realista y que produce menos frustraciones. Esto a su vez le va a facilitar al profesional el acompañamiento en el transcurso de la enfermedad. Oblitas (2010) hace hincapié en que las dietas restrictivas traen como consecuencia un aumento de peso y un estado de ánimo depresivo. Es por eso, que una dieta flexible debe incluir una aceptación de los determinantes biológicos del peso corporal y la figura.

Es muy importante en la cura de esta enfermedad que el tratamiento sea grupal, en el cual el psicólogo cognitivo-conductual fomentará que se forme una red social para evitar el aislamiento y las frecuentes recaídas. Llamas & Navarro (2002) remarcan que la inclusión en los tratamientos grupales de personas recuperadas es un signo positivo para el resto de los pacientes. Hay que especificar que los resultados de los tratamientos no se observan en el corto plazo porque los pacientes requieren ser tratados durante un largo periodo. Además para la prevención de las recaídas es fundamental incluir en el tratamiento a la familia y/o la pareja.

Asimismo se requiere que desde el Ministerio de Salud de la Nación se apliquen políticas sanitarias serias hacia la población que incluyan información clara y precisa acerca de los peligros que conlleva el sobrepeso y regular la difusión de publicidad que promete soluciones “mágicas” a esta problemática (Plasencia, Rodriguez, Santana & Rivieri, 2009). Zabala (2011) menciona la resolución 742/2009, que consiste en la incorporación de los trastornos alimentarios al Plan Médico Obligatorio. Así las obras sociales y las prepagas están obligadas a cubrir el tratamiento que incluye consultas a profesionales, medicamentos, cirugías, etc. Se sabe que la obesidad genera una carga socioeconómica muy alta, que compromete la salud de la población y sus finanzas actuales y futuras. Esta patogenia multifactorial que incluye factores biológicos,

culturales, económicos y medioambientales, dificultan la implementación de intervenciones efectivas de prevención y control en nuestro país ( Elgart et al, 2011).

Lamentablemente a tres años de ser sancionada la ley todavía no se ha reglamentado en nuestro país y mucha gente desconoce su existencia ( Beccaria, 2012).

Britos, Clacheo, Grippo, Pujato, Pueyrredòn, Roviroso et al. ( 2004) concluyen que la obesidad es un problema instalado en el país, surgiendo en la temprana edad y estando presente en diferentes niveles económicos. Recientes investigaciones revelan que la obesidad es la causa de la muerte de cuarenta mil argentinos al año ( Ravenna, 2012).

Oblitas (2003) sostiene que es necesario instruir a los profesionales de la salud sobre las particularidades de este desorden alimentario y crear equipos multidisciplinarios que se dediquen a tratar efectivamente a estos pacientes. Se requieren medidas urgentes para resignificar esta problemática individual como un problema comunitario para que se apliquen los medios necesarios para combatirla ( Emitian, 2012). Por último cabe destacar que solamente una intervención terapéutica que tenga en cuenta, la característica de personalidad del paciente, las consecuencias que acarrea para su salud y el contexto psicosocial en el que se encuentra, puede llevar a generar una disminución de peso para que el individuo pueda aceptarse en su totalidad ( Duperly,2000).

## BIBLIOGRAFIA:

- Abiuso, M. & Leuco, D. (2011). Juicio a la dieta Ravenna. Recuperado el 5 de septiembre de 2012 de <http://www.diarioveloz.com/notas/35746-juicio-la-dieta-ravenna>.
- Albala, C., Kain, J., Burrow, R. & Diez, E. (2000). *Obesidad: un desafío pendiente*. Chile: Universitaria.
- Agras, W.S. (1987). *Eating disorders. Managment of obesity, bulimia and anorexia nervosa*. NuevaYork: Pergamon Press.
- Álvarez Castilla, M. C. (2006). *Ats/duo del Servicio Gallego de Salud*. Barcelona: Mad.
- Álvarez Cordero, R. (2004). *¡ Me caes gordo! : la discriminación lighth*. México: Plaza y Valdés.
- Alvarado Sánchez, M , Benavides Guzmán, E.& González Ramírez, M. (2005). *Obesidad: baja autoestima. Intervención psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e investigación en Psicología, 10,417-428.*
- Apfeldorfer, G. (2004). *Anorexia, bulimia y obesidad*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Bauza, C.A. & Rene Celis, O. (2007). *Obesidad: causas, consecuencias y tratamientos*. Cordoba: El Emporio Ediciones.
- Becoña, I. (1988). Estado actual del tratamiento contra la obesidad. *Revista de Psicología general y aplicad.,1,93-102.*
- Beccaria, P. (2012). *Piden que se reglamente la ley de obesidad*. Recuperado el 5 de septiembre de 2012 de <http://www.diarioelargentino.com.ar/noticias/102821/piden-que-se-reglamente-la-ley-de-obesidad>.
- Beck, J. (2007). *The Beck diet solution, train your brain to think like a thin person*. Estados Unidos: Birmingham.
- Bersh, S. (2006). *La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales*. *Revista Colombiana de Psiquiatria, 35, 537-546.*
- Britos, S., Clacheo, R., Grippo, B., Pueyrredòn, P., Pujato, D., Rovirosa, A et al. (2004). *Obesidad en la Argentina: ¿ hacia un nuevo fenotipo?*. Recuperado el 7 de septiembre de 2010 de [http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/34-obesidad\\_en\\_la\\_argentina.pdf](http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/34-obesidad_en_la_argentina.pdf).
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. & Wilson, G.T. (1986). *Understanding and preventing relapse*. *American Psychologist, 41(7), 765-782.*

- Bruch, H.(1973).Eating disorders: Obesity and Anorexia Nervosa and the Person Within. Estados Unidos:New York.
- Bulacio, J.M. (2004). Ansiedad, estrés y práctica clínica. Buenos Aires: Akadia.
- Cabello, E.V. (1993). Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S. A.
- Caballo, E. & Manrique, V. (1998). Formación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. España: Siglo XXI.
- Carballido, J. (2009). Historias de mucho peso: mejorar conductas y hábitos para ganar la batalla de los kilos. Barcelona: Amat.
- Cassani, E. (2003). Obesidad, deseo y superyo. Recuperado el 5 de septiembre de 2012 de [http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos\\_digitales/5/tesis-501-obesidad-deseo-y-superyo.pdf](http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/5/tesis-501-obesidad-deseo-y-superyo.pdf).
- Casado, M., Camuñas, N., Navlet, R., Sanchez, B. & Vidal, J. (1997). Intervención cognitiva conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Revista Electronica de Psicología, 1,1-17*.
- Coon, D. (2005). Fundamentos de Psicología. México: Thomson.
- Dritsos, G. (2007).600 vs 1200 calorías. Recuperado el 5 de septiembre de 2012 de <http://edant.clarin.com/suplementos/mujer/2007/11/10/m-01537160.htm>.
- Duarte, D. (2003). Adelgace primero en su mente. México: Panorama editorial.
- Duperly, J. (2000). Obesidad: un enfoque integral. Colombia: Colección de Textos de Medicina.
- Escofet, F. (1994). Tratamiento de la obesidad. Madrid: Diez dos santos.
- Escofet, F. (1994). La obesidad: Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología. Madrid: Díaz de Santos.
- Esparcia, A. (2006). PSicopatología. Barcelona: Editorial Uoc.
- Elgart, J., Pfirter, G., Gonzalez, L., Caporale, J., Cormillot, A., Chiappe, M. et al (2011). Obesidad en Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. *Revista Argentina de Salud Publica, 1, 3-50*.
- Emitian, E. (2012). Aumentan las denuncias por discriminación por sobrepeso. Recuperado el 5 de septiembre de 2012 de <http://www.lanacion.com.ar/1476499-aumentan-las-denuncias-por-discriminacion-por-sobrepeso>.
- Endara, F. (2009). Come sano y sencillo para ser más Feliz. Madrid: Entrelíneas Editores.

- Faites, A. (1996). Assesment of Pyschological status among obese persons. *Body Image, Eating Disordes and obesity*,15.
- Fernandez, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: Tea Ediciones.
- Fernández Liria, A. & Rodríguez Vega, B. (2002). *Intervención en crisis*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gauralet-Aza, M. (2006). La terapia de comportamiento en el tratamiento dietético de la obesidad y su aplicación en la práctica clínica. *Revista España Obes*,4,205-220.
- García-Camba, E. (2007). Avances en trastornos de la conducta alimentaría. Anorexia nerviosa, bulimia, obesidad. Barcelona: Masson.
- Gerrig, R. & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y Vida*. México: Pearson Education.
- García-García, E. (2004). Obesidad. *Revista de Endocrinología y nutrición*,12,588-590.
- Hernandez Lira, A. N. & Sanchez Sanchez, J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos de la salud*. Madrid: Libros en Red.
- Llamas, F. & Navarro, S. (2002). *Nutrición y alimentación humana*. España: Aula de Mayores.
- Leitenberg, H. (1982). *Modificación y Terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Morata S. A.
- López-Ibor, J.J., Ortiz Alonso, T. & López Ibor Alcocer,M.I. (1999). *Lecciones de Psicología medica*. Barcelona: Masson.
- Magro, S. & Rivera, M. (2008). *Bases de la alimentación humana*. La Coruña: Gesgiblo.
- Mardomingo, J. M. (2003). *Psiquiatría para padres y educadores: ciencia y arte*. Madrid: Narcea.
- Marlatt, G.A.& Gordon, J.R. (1980). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*.New York: Brunner/Mazel
- Martin, C. & Robles, R. (2009). Terapia cognitivo-conductual para la obesidad en niños y adolescentes: revisión y propuesta de intervención integral. *Psiquiatría*, 25(4), 10-15.
- Martinez, G., Enguix, S., Garcia, P., Madero, B. & Garcia, G. (1990). *No te rindas ante los trastornos de peso*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Meneses, O. (1999). *Obesidad: motivaciones inconscientes*. Sao Paulo: Centro Iberoamericano de editores Paulinos.
- Mijan de la Torre, A. (2004).*Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaría*. Barcelona: Editorial Glosa.

- Mills, J. (1994). Interpersonal dependency correlators and locus of control orientations among obese adults in outpatient treatment for obesity *Journal of Psychology Interdisciplinary & Applied*.
- Mindan, P. (1996). *Anatomía Patológica*. Madrid: Diez de Santos.
- Minelli, E. & Pagano, R. (1996). *El peso ideal: las claves para lograrlo y mantenerlo*. Barcelona: Amat.
- Montero, J.C., Cuneo, A., Facchini, M. & Bressan, J. (2002). Tratamiento integral de la obesidad y su prevención. *Anales, 1, 175-186*.
- Moreno, C. A. (2005). *Obesidad y Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Moreno, E., Megias Moreneo, S. & Hernández Álvarez J. (2000). *Obesidad: la epidemia del Siglo XXI*. Madrid: Diez de Santos.
- Morris, G. & Maiso, A. (2005). *Introducción a la Psicología*. Mexico: Pearson Education.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la Salud*. México: Cengage Learning.
- Odgen, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Ediciones Morata.
- Ogden, J. (2003). *The Psychology of Eating. From Healthy to Disordered Behavior*. Oxford: Ediciones Morata.
- Plascencia, M., Rodriguez, M., Santana, B. & Riveri, M. (2009). Tratamiento de mujeres con sobrepeso y obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria 10, 1054-1068*.
- Pasquel, S. (2006). *La voluntad de adelgazar*. México: Selector.
- Popper, V. (1998). *Overating, reversal theory and weigh cycling*. *Western journal of nursing research, 1, 67-17*.
- Ramírez, V., Quesada Morua, S. & Palma Rocha, M.(2002). *Obesidad: Fisiopatología y abordaje terapéutico*. Recuperado el 28 de julio en <http://sibdi.ucr.ac.cr/cimed/cimed24.pdf>.
- Ravenna, M. (2006). *Una delgada línea entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Ravenna, M. (2009). *De la A a la Z...el ABC del sobrepeso*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Ravenna, M. (2012). *La obesidad mata a cuarenta mil argentinos al año*. Recuperado el 5 de septiembre de 2012 de <http://www.eldiariocba.com.ar/noticias/nota.asp?nid=55129>.
- Rebecca, P. (2009). *El estigma de la obesidad: causas, efectos y algunas soluciones*. *Diabetes Voice, 54, 25-28*.

- Rovira, B. L. ( s.f.). Obesidad y Psicopatológica. Recuperado el 28 de julio de 2010 en <http://www.ama-med.org.ar/obesidad/Cap-12-obesidad-psicopatologia.pdf>
- Wadden, T., Stunkard, M.D. & Berkowitz, R. (2006). Obesidad: guía para los profesionales de la salud mental. Barcelona: Masson.
- Wadden, T., Stunkard, A., Brownell, K.& Day, S. (1984) Treatment of obesity by behavior therapy and very-low-calori diet: a pilot investigation. *J. Sult. Clin. Psicol.*, 52, 692 –694.
- Salas-Salvadò J., Garcia Lorda P. & Sanchez Ripollès, J. (2005). La alimentación y la nutrición a través de la historia. Barcelona: Editorial Glosa.
- Saldaña, C. & Bados, A. (1988). El problema en el mantenimiento del tratamiento de la obesidad. Un modelo de intervención para la prevención de recaídas. *Anuario de Psicología*, 38,1-18.
- Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C& Kenardy J.(2005). Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad. *La Biblioteca Cochrane Plus*,4.
- Sánchez, F. (1994). Obesidad. Madrid: Diez de Santos.
- Sanroma, A. & Perez, F. (1997). Personalidad y relaciones interpersonales en la obesidad. Trastornos de la Alimentación. Barcelona: Masson.
- Setien, A. & Escalante, C. (1996). La Obesidad y sus complicaciones: tratamiento mèdico y quirùrgico. España: Universidad de Cantabria.
- Sternberg, B.S. (1985). Relapse in weight control: Definitions, processes, and prevention strategies. Nueva York: Guilford Press.
- Trinidad, R. (2009). Obesidad: problemas y soluciones. España: Editorial Club Universitario.
- Torrecillas, F. & Godoy, J. (1994). Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad.*Psicothema*,6,333-345.
- Trull, T. & Phares (2003). Psicología Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. Mexico: Thomson.
- Villaseñor Bayardo, S.J., Ontiveros Esqueda, C. & Cárdenas Cibrian, C. V. (2006). Salud Mental y Obesidad. *Investigación en Salud*,8,86-90.
- Zabala, V. (2011). Ley de obesidad y cuotas de las prepagas. Recuperado el 5 de septiembre de <http://www.nacionysalud.com/node/430>.

