

## Obesidad

C. RAFFIN

Directora de "Progetto Famiglia". Vicepresidenta de la Fundación "Bambini e Autismo". Miembro del Equipo de Investigación del Centro di Terapia Familiare Sistemica de Milán (dirigido por la Dra. Giuliana Prata). Italia

### Obesity

#### RESUMEN

*En este artículo la autora propone para la obesidad una intervención estratégica basada en el comportamiento. Explica los asuntos teóricos de base y expone con detalle las fases de actuación. El método, por su estructuración, puede interesar no solo a psicólogos y psicoterapeutas sino también a médicos de familia puesto que la parte propiamente psicoterapéutica no es larga y puede ser realizada por un profesional que colabora sólo durante las cuatro primeras entrevistas.*

**Palabras clave:** Obesidad. Terapia conductual. Atención Primaria de Salud. Psicoterapia.

#### ABSTRACT

*The author proposes a strategic intervention on behavioural base for obesity. The article exposes the theoretical points which is based on and the phases of intervention are described in detail. The method, because of its structure will not only be of interest to psychologist and psychotherapist, but also to family doctors as the psychotherapeutic part is limited and may be put into act by a supporting therapist during the first four sessions.*

**Key words:** Obesity. Behaviour therapy. Primary Health Care. Psychotherapy.

#### INTRODUCCIÓN

Un terapeuta no debería hablar de aburrimiento y de frustración cuando se trata de pacientes que están siendo tratados en psicoterapia. Pero me parece honesto decir que fueron éstos los sentimientos que nos empujaron a cambiar completamente el rumbo del tratamiento de los pacientes obesos\*.

#### DEFINICIÓN

No todos los pacientes que piden una terapia por obesidad sufren de bulimia. Algunos autores consi-

deran la obesidad como un trastorno identificado por DSM IV como Bulimia Nerviosa (F.50.2) del subtipo "sin conductas de eliminación".

En este artículo nos referimos al trastorno de Alimentación no Controlada clasificado como uno de los Trastornos de la Alimentación no Especificados de Otra Manera (F 50.9).

Este trastorno describe sobre todo a la gran mayoría de pacientes obesos que piden una intervención terapéutica de apoyo en un intento de pérdida de peso, o una terapia con el fin de comprender las dinámicas que están detrás de su manera de comer.<sup>2</sup>

En realidad, muchos pacientes con un peso que sobrepasa el peso normal u obesos, que piden un

\* El Centro "Progetto Famiglia" de Perdenone, dirigido por la autora de este artículo, tiene una amplia casuística porque el programa de esta terapia ha sido anunciado en la prensa y muchos pacientes han llamado al Centro para intentarla.

apoyo psicoterapéutico, no podrían ser clasificados como pacientes bulímicos y tampoco presentan las características psicopatológicas de los sistemas en que se desarrolla la bulimia.

En la mayoría de los casos se trata de personas que no consiguen controlar su alimentación y comen cantidades de comida más abundantes que las que comerían las personas normales en el mismo lapso de tiempo y en circunstancias parecidas. Se quejan de una sensación de pérdida de control ante la ingesta de comida y pueden sentirse embarazosos por lo que están comiendo para luego sentirse disgustados frente a sí mismos, deprimidos y culpabilizados.

## CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS

Aún cuando no se trata de obesidad con etiología evidentemente orgánica, no se pueden dejar de lado los componentes biológicos que están detrás de este trastorno.<sup>3</sup>

En una óptica sistémica es fácil pensar que la etiología de la obesidad, aún cuando no existan problemas de naturaleza médica, sea un etiología compleja, donde factores predisponentes de naturaleza genética, factores orgánicos (condiciones médicas añadidas), factores culturales (que derivan de los macrosistemas y de los microsistemas de pertenencia) y, naturalmente, varios factores psicológicos, concurren tanto en la etiología como en la evolución del trastorno. Subrayamos esto porque, a menudo, ocurre que problemas complejos son afrontados con un enfoque unívoco por la creencia de que también el origen pueda ser unívoco.<sup>4</sup>

A propósito de esto hay que señalar que muchos autores, y entre ellos también autores sistémicos, reconocen la "familiaridad" de la obesidad, es decir, la presencia de obesidad en miembros de la familia nuclear, de las familias extensas o en las generaciones precedentes, pero al mismo tiempo estos autores consideran esta "familiaridad" como el efecto de un juego psicopatológico que se transmite de generación en generación. Dejan de lado la posibilidad de hipotetizar que puedan existir componentes genéticos.<sup>5</sup>

Algunos pacientes que presentan un trastorno de Alimentación incontrolada refieren que su comportamiento impulsivo se desencadena por alteraciones del humor, tales como depresión y ansiedad. Otros sujetos no llegan a reconocer los factores concretos que desencadenan su comer incontrolado pero sí refieren un sentimiento de tensión al que le dan alivio al comer así.

Muchos pacientes no refieren el hábito de atiborrarse pero cuentan que comen sin parar durante el día, sin solución de continuidad entre una comida y

la otra. Otros dicen que comen más por la tarde o por la noche. Otros declaran su preferencia por unos alimentos que comen de manera no controlada: hidratos de carbono, chocolate, salsa, etc...

Puesto que el metabolismo cambia en el transcurso del día así como nuestro equilibrio bioquímico, no podemos excluir que también estas variables puedan tener cierta importancia en la etiopatogénesis de este trastorno. Otro dato importante es que en las muestras tomadas en la población general las mujeres presentan obesidad con una frecuencia de 1,5 a 1 respecto al varón<sup>6</sup>.

De todas las maneras los sujetos con estos hábitos alimenticios presentan varios grados de obesidad. La mayoría tienen una larga historia de tentativas de hacer una dieta y se sienten desesperados por la dificultad que encuentran para controlar la ingesta de comida.<sup>7</sup>

## LA DEMANDA TERAPÉUTICA

La demanda de una terapia psicológica llega casi siempre después de innumerables fracasos de dietas de tipo médico o del tipo "hazlo tú mismo"<sup>8</sup>.

Las personas que se dirigen a un psicoterapeuta habitualmente dicen que su manera de comer, y sobre todo su peso, influye negativamente en sus relaciones con los demás, en el trabajo, en su posibilidad de sentirse contentos y a sus anchas con su cuerpo.

Además están convencidos, en particular las mujeres, que si se resuelve su problema y bajan de peso estaría resuelta toda la insatisfacción que viven en su vida. Le dan poca importancia a los efectos colaterales físicos de la obesidad en la salud, mientras que les parece prioritario el problema estético. Naturalmente las normas culturales de referencia son, en este caso, extremadamente importantes. Si estas personas vivieran en una sociedad donde "la grasa es bella", probablemente no se evidenciarían como grupo patológico.

Raramente se consiguen establecer objetivos terapéuticos que no tomen en consideración el objetivo primario de estas personas que es, y a menudo permanece durante toda la terapia, la pérdida de peso.<sup>9</sup>

### **La demanda terapéutica es de gestión difícil en un setting que prevé solamente la intervención psicológica**

Con frecuencia el hecho que en las primeras entrevistas el terapeuta dedique tiempo a informarse de la historia del paciente, de las dinámicas relacionales, de sus vivencias, provoca a menudo la interrupción de la terapia. Esto ocurre porque, dicen los pacientes, les parece que el terapeuta no está

centrado en su problema: no han venido en absoluto para resolver los conflictos con su familia de origen o con su pareja, sino únicamente para perder peso. Adelgazar es su palabra clave.

Hay terapeutas que hablan de pacientes que colaboran y de pacientes que no colaboran atribuyendo la colaboración a un atributo personal del paciente debido a sistemas motivacionales interpersonales y a patrones de apego aprendidos en la relación primaria con la madre<sup>10</sup>. Nosotros pensamos que la colaboración no puede ser un atributo de un miembro del sistema terapéutico y mucho menos creemos que las interrupciones de terapia se pueden explicar sólo como una falta de colaboración del paciente. En realidad antes de acusar al paciente tenemos que preguntarnos si la falta de "colaboración" no es la consecuencia de nuestros errores como terapeutas. Entre paréntesis, el término colaboración, "trabajar con" (*laborar cum*), tiene una etimología que no permite dudas a propósito de su significado relacional.

Volviendo a la demanda terapéutica, tenemos que intentar una conciliación entre lo que el terapeuta, basándose en sus hipótesis psicogenéticas, quiere proponer al paciente, y lo que el paciente pide al terapeuta.

En lo que concierne a la obesidad, nuestra experiencia nos empuja a decir que usar únicamente la intervención psicológica no consigue resolver el problema. Es decir, mejora la calidad de la vida de la persona obesa, el conjunto de las relaciones que ésta teje con los otros, pero no influye casi nunca en la pérdida de peso. A veces el paciente siente esto como inaceptable, y es siempre inaceptable para el terapeuta en tanto en cuanto no ha contestado a la demanda terapéutica y no puede estar plenamente satisfecho desde el punto de vista ético, aún cuando se hayan producido muchas mejorías en la vida de la persona que se ha dirigido a él.<sup>11,12</sup>

### LA PROPUESTA DE UNA TERAPIA ESTRUCTURADA DE TIPO MIXTO

El interés del obeso se centra casi siempre en la pérdida de peso mientras que los problemas relacionales que la obesidad conlleva y/o por los cuales puede haber sido en parte generada, salen de la lectura psicológica que el terapeuta propone durante la terapia, pero casi nunca son conscientes en el momento de la demanda de nuestra intervención<sup>13</sup>. Tomando en cuenta todo esto, hemos individualizado una modalidad estructurada de psicoterapia que se articula en dos fases y que intenta conciliar el objetivo "limitado" del paciente con la exigencia del terapeuta de agrandar el campo de intervención.

### PRIMERA FASE

Se establece con el paciente un contrato en base al cual en las primeras cuatro entrevistas individuales (con un intervalo entre ellas de 15 días) el terapeuta intentará conocer al paciente, comprender cuáles son los problemas que, si llega a superarlos, pueden provocar una mejoría en el problema de su obesidad. El propósito del terapeuta es comprender cómo ha surgido este problema, qué respuestas el paciente ha intentado darle y con qué resultados. Además su objetivo es enterarse de la manera de comer del paciente<sup>14</sup>.

El sujeto sabe que en estas primeras cuatro sesiones no se hablará sólo de comida y de su manera de comer puesto que, por contrato, el terapeuta será libre de analizar otros momentos de su vida y le preguntará cosas que, aparentemente, no tendrán nada que ver con el problema de la obesidad.

El terapeuta explica también que, en la segunda fase, él y el paciente se dedicarán sobre todo al problema del peso.

Lo que el terapeuta hará en las primeras cuatro entrevistas será dedicarse, como de costumbre, a recoger datos relativos a las relaciones del paciente, a su historia; a partir de ahí empezará a proponer claves de lectura interpretativas y a dar al paciente si es necesario, la prescripción de unas acciones, o comportamientos, que el paciente debe realizar en el contexto de su entorno familiar<sup>15</sup>.

Sin embargo, existen cuatro elementos estructurados y constantes que el terapeuta propone y que centran el problema del paciente, dándole la sensación que él y el terapeuta están trabajando ya en dirección de lo que él pide a la terapia.

En la primera entrevista el terapeuta pide al paciente hacer lo siguiente:

1. Pesarse la mañana siguiente en ayunas y tomar nota del peso en un diario. A partir de aquel momento la balanza deberá desaparecer del horizonte (encerrada en un armario o en casa de un amigo, por ejemplo). Tendrá que pesarse de nuevo de la misma manera, es decir, por la mañana y en ayunas, solo el día en que vendrá a la segunda entrevista. Este procedimiento seguirá igual durante todo el tiempo de la terapia.

2. Escribirá un diario detallado de lo que come y de la hora en que ha comido. El terapeuta subraya con énfasis la importancia del diario, diciendo que ésta es la única cosa que él pretende del paciente. No impondrá ninguna limitación a su alimentación, el paciente será libre de comer como siempre pero, a partir de ahora, tendrá que tomar nota, siempre, de lo que come y de la hora a la que come. La compilación del diario tendrá que ser contextual, es decir, el paciente deberá escribir lo que come en el momento mismo en que come. Con este objetivo el terapeuta prescribe al paciente comprar un pequeño

cuaderno de bolsillo que llevará siempre consigo para la compilación minuciosa del diario.

3. El paciente hará el gráfico histórico de su peso. En el eje de las X marcará los años a partir del año en que empezó a pesar demasiado hasta ahora. Si el exceso de peso existía ya en la infancia, el terapeuta pide al paciente dejar la infancia y empezar desde las primeras reglas o al comienzo de la adolescencia. En el eje de las Y marcará su peso, en kilos, correspondiente a cada año. Si alguna dieta que hizo dió resultado, el gráfico revelará como ha sido. Muchos pacientes contestan que no pueden acordarse del peso de cada año. El terapeuta contesta que se contentará con un peso aproximado y sugiere que, para ayudarse a recordar, el sujeto haga referencia a acontecimientos (cuando se ha casado, cuando su hijo hizo la primera comunión, etc.), a fotos o a prescripciones dietéticas de un médico u otro.

4. Se hará una foto de cuerpo entero de sí mismo con ropa que no cubra la actual situación de exceso de peso. Esta foto no es obligatorio llevarla al terapeuta, pero es indispensable que la haga y ahora. Dentro de unos meses, le dirá cómo debe usarla. (Si el paciente insiste en mostrar la foto al terapeuta éste la mira, escucha los comentarios del paciente y se la devuelve. Habitualmente un obeso no quiere hacerse fotos y aún menos mostrarlas).

Estas prescripciones se hacen al final de la primera entrevista, después de suscribir el contrato. No se "pierden" más que cinco minutos en hacerlas. Pero son muy importantes por las razones siguientes:

1. Durante la entrevista probablemente se ha hablado de otros temas: la historia familiar, la posición relacional del paciente, etc. Estas prescripciones sirven para reconducir la entrevista al problema central del paciente. Es como si el terapeuta declarara que no ha olvidado el motivo por el que el paciente ha venido a verle, aún cuando durante la entrevista se haya hablado poco de comida.<sup>16</sup>

2. Las prescripciones no son banales. La primera persigue dos objetivos, uno de tipo motivacional, el otro estrictamente terapéutico. Cuando dice al paciente que debe pesarse al día siguiente y luego pesarse sólo cuando venga a las citas, el terapeuta crea una expectativa a propósito de la eficacia de la terapia. En pocas palabras el paciente es empujado a pensar: "si el terapeuta prescribe que yo me pese es porque piensa que en el curso de la terapia yo adelgazaré. Evidentemente se siente seguro de esto porque, si no lo fuera, no me prescribiría algo susceptible de mostrar claramente su fracaso". El otro aspecto que la prescripción alcanza es la obsesión con que la mayoría de estas personas usa la balanza. Algunas de ellas llegan a pesarse varias veces al día. Con la eliminación de la balanza se borra una fuente permanente de frustración y de ansiedad. En

los casos que hemos tratado (35 en tres años) los pacientes han vivido la eliminación de la balanza con gran alivio<sup>17</sup>.

3. La cumplimentación es un procedimiento terapéutico que muchos terapeutas<sup>18-20</sup> han adoptado en la terapia de la obesidad por los efectos evidentes de autocontrol que introduce y por aumento de la consciencia que el paciente toma de lo que come. En nuestro caso le pedimos escribir el diario contextualmente a la toma de comida; no se trata de un diario hecho después, porque hemos notado que este deber representa en sí una razón de desaliento. De hecho algunos pacientes han declarado que en ciertas circunstancias han renunciado a comer por no tener que escribir el diario o por la vergüenza de tener que leerlo al terapeuta. En la primera entrevista se pide adrede al paciente que continúe como siempre hasta la próxima entrevista. Puesto que el diario nos sirve para comprender, sus hábitos alimenticios no deben cambiar. A pesar de esto hemos encontrado una pérdida de peso entre la primera y la segunda entrevista. Cuando el terapeuta dice que el diario es la única cosa en la que le pide ser diligente, borra de la relación la pesadilla de la dieta y el control del terapeuta sobre el paciente por medio de la dieta. Volveremos a este tema en curso de este artículo.

4. En el contrato terapéutico se declara que el terapeuta, en las primeras cuatro entrevistas, intentará comprender cómo ha empezado el problema de la obesidad, qué respuestas ha intentado dar el paciente y qué resultados han conseguido. Pero esta investigación, si se hace durante la entrevista, toma mucho tiempo y se corre el riesgo de mezclar al paciente en el largo relato de su historia alimenticia, relato que puede despistar y ser poco útil. De aquí nace la idea del gráfico histórico del peso. El terapeuta no deja de lado la exigencia del paciente de contar la evolución de su problema: sus dietas fracasadas, los dietistas poco comprensivos, los maridos o las mujeres poco colaboradores, etc. pero le pide al paciente un trabajo de reconstrucción de esta historia a través de la composición del gráfico. Esto también es un instrumento de toma de consciencia porque puede decirnos mucho, sobre lo personal y relacional, a propósito del momento en que surgió el problema o de su agravamiento.

5. Pedir que se hagan una foto tiene también un valor motivacional. El terapeuta espera un éxito y se muestra seguro de lo que hará, tomando en cuenta el malestar de estos pacientes en mostrar su cuerpo, el terapeuta no le pide llevársela, sólo le pide hacérsela. Es la primera, otras seguirán y serán una demostración de confianza que el terapeuta le comunica al paciente. En este ámbito es muy probable que el paciente haya recibido siempre mensajes de desconfianza: "tú no tienes bastante fuerza de voluntad", "tú no eres capaz de empeñarte", "tú

no eres fiable cuando se trata de dietas”, etc. Ahora el terapeuta delega en el paciente cuatro tareas de las cuales no asume él el control sino que se lo deja enteramente al paciente. De hecho no propone que el paciente se pese frente a él, como ocurre en los tratamientos de adelgazamiento prescritos por el dietista o hechos en grupos de autoayuda. El terapeuta informa al paciente que él pretende que el diario sea hecho con diligencia, pero no tiene la posibilidad de controlarlo. Pide el gráfico histórico del peso pero no controla cómo ha sido reconstruido. Para terminar, pide al paciente que se saque una foto, pero no quiere verla, así pues no controlará la ejecución de esta tarea.

Este procedimiento se aleja mucho de otras modalidades terapéuticas basadas en el control, ya que pensamos que la dinámica del control relacional es una de las dinámicas críticas para los pacientes obesos.<sup>21</sup>

Entre ellos, un gran número vive una vida marcada por el control de los demás y de sí mismos. La alimentación representa el único campo en que se permiten perder el control. Se trata evidentemente de un espacio de libertad que se resuelve en unos instantes (durante la ingesta incontrolada de comida), y se negativiza inmediatamente después, cuando reciben de los demás o de sus modelos sociales introyectados de referencia, la descalificación por no haberse controlado. Por ello se vuelven aún más obsesivos en sus intentos de controlar el peso, subiendo a la balanza dos o más veces por día y empezando una dieta diferente cada semana.

Una paciente de 39 años confesó que lleva toda la vida haciendo régimen. Cuando come sin control un cesto de picotas, vive un sentimiento increíble de libertad que paga apenas termina de comer y también mientras come, con sentimientos de asco hacia sí misma.

Uno se pregunta por qué estas personas que saben controlarse perfectamente en otros sectores de la vida, en el trabajo, en casa, en la familia, etc., personas que a veces tienen que aguantar posiciones gregarias pesadas o sufren continuas descalificaciones relacionales manteniéndose siempre dentro de límites civilizados de reacción, por qué estas mismas personas no saben controlarse con la comida. La respuesta es compleja y tiene que ver con varios factores predisponentes que actúan de manera tal, que estas personas han llegado a identificar en la comida su único espacio de libertad, como otras han llegado a identificar este espacio en el emborracharse el fin de semana o fumar marihuana.

Evidentemente este espacio de libertad es algo funcional para el equilibrio del individuo. Esto explica lo difícil que le resulta enfrentarse con una dieta que representa una nueva fuente de control. Explica también como, a menudo, los eventuales efectos positivos de una dieta son poco duraderos.

El objetivo de nuestra terapia es que el paciente experimente la posibilidad de conquistar y de mantener otros espacios de libertad que no sean los de la alimentación incontrolada, ayudándole a liberarse de unos lazos relacionales, emocionales o culturales que le impiden llegar a tener una imagen positiva de sí mismo.

Pensando en esta hipótesis, toda la terapia se caracteriza por una relación entre terapeuta y paciente “sin modalidades de control”. El terapeuta restituye al paciente la confianza de trabajar él mismo, él solo, por su salud. Le restituye la dignidad de elegir lo que tiene que comer y la competencia para hacerlo.<sup>22</sup>

El objetivo de las cuatro sesiones iniciales es dar esta modalidad a la relación terapéutica.

—*En la primera entrevista* el terapeuta intenta comprender cuáles son los vínculos que el paciente vive como impedimentos a su libertad y, con discreción, sugiere al paciente estrategias para superarlos. El trabajo, en esta primera fase, no difiere mucho de la clásica psicoterapia individual sistémica.

—*En la segunda entrevista* el terapeuta dedica poco tiempo a comentar el gráfico histórico y a leer el diario. Pero lo hace al principio de la entrevista para subrayar su coparticipación al objetivo primario del paciente. Luego, el terapeuta, declarando que necesita otras informaciones a propósito de la vida del paciente para conseguir una mejor comprensión de su problema, procede como siempre a la búsqueda de informaciones relacionales<sup>23</sup>.

—*En la tercera entrevista*, el paciente lee su diario. El terapeuta hace comentarios sólo si encuentra correlaciones interesantes que se puedan subrayar porque, en las entrevistas precedentes, han adquirido un cierto sentido. Por ejemplo, el terapeuta nota que el paciente tuvo varias crisis y alimentación incontrolada en casa de sus padres, mientras que se ha controlado en su casa. Si en las entrevistas precedentes había salido un aumento significativo del estrés por las descalificaciones que los padres le hacen cuando va a verlos, el terapeuta llama la atención paciente sobre el hecho de que el episodio de alimentación incontrolada no ha ocurrido en su casa sino donde él siente especialmente la exigencia de “libertad”. Del mismo modo, en esta tercera entrevista, el terapeuta pregunta al paciente si considera posible empezar un *training* de autodisciplina alimenticia, eligiendo eventualmente un día solo, o más, según como se sienta. En ese día comerá sólo lo que va a elegir en este momento. Predeterminará un menú adecuado a sus exigencias. El terapeuta explica al paciente que en la elección del menú predeterminado debe tener en cuenta:

1. Su objetivo que es la pérdida de peso.
2. Su exigencia de no percibirlo como otro control al que tiene que someterse.

En otras palabras, este “menú predeterminado” no debe ser demasiado estresante para el paciente. Nadie mejor que él puede hacer la justa elección. Con la larga experiencia de dietas que tiene, sabe más que el terapeuta de calorías, de alimentos, bebidas, etc. Además él sabe perfectamente lo que le gusta y lo que no le gusta. El menú no debe ser tomado como una dieta y le desaconseja vivamente pesar los alimentos o introducir en este menú algo que no le gusta sólo porque tiene pocas calorías o porque se acuerda que le había sido aconsejado durante dietas precedentes. El terapeuta puede expresar comentarios personales que resulten empáticos con lo que vive el paciente: ¡Santo Cielo no empiece a calcular los gramos de pasta!, ¡si quiere la pesa una vez y luego lo hace a ojo! Si yo tuviera que pesar todo lo que como en el día, por la tarde tendría un hambre tan grande que comería por tres”. “Y tampoco empiece a comer mozzarella si no le gusta”. “Si comer ha de ser una tortura, dejemos esto a los que quieren conquistar un sitio en el paraíso. Con lo que ha vivido, usted, está muy cerca del paraíso sin añadir otros sacrificios”.

Todos nuestros pacientes han aceptado el *training*. La mayoría dijo que se sentía capaz de hacer el “menú predeterminado” todos los días. El terapeuta frena y aconseja en menos días para reservarse unos días de libertad. De todas formas al comienzo no aconseja nunca más de tres días por semana. En una hoja de tres columnas, en la que se marcará desayuno, comida y cena, el terapeuta invita al paciente a determinar su menú. Según su personalidad los pacientes pueden pedir consejos. El terapeuta puede contestar, pero debe actuar de manera que sea el paciente quien elija. Le pide que siga con el diario, menos en los días con “menú predeterminado”. En estos días, solo tomará nota de las eventuales transgresiones en la comida, con la hora exacta en que las hizo. Pero si el paciente ha respetado el “menú predeterminado” debe escribir sólo un gran “OK”, en la página del diario.

El módulo del “menú predeterminado” prevé solamente las tres columnas de las comidas principales. De hecho se trata de una comunicación implícita que evita al terapeuta tomar la actitud de educador alimentario.

—En la cuarta entrevista, como siempre, el paciente lee su diario. El terapeuta, en el módulo de tres columnas con los días de *menú predeterminado*, toma nota de si el paciente los ha respetado o de cuántas transgresiones ha hecho. Hace solamente comentarios positivos. Si el menú ha sido respetado, felicita al paciente porque la cosa no era nada fácil. Si no lo ha respetado, dice que la próxima vez las cosas mejorarán. Si durante la lectura del diario, el paciente hace comentarios negativos del tipo de alimentación que ha realizado en los días li-

bres, el terapeuta repite que eran días libres, que no tenía que controlarse. Sólo cuando en los días libres “compensa” los días a “menú predeterminado” ingiriendo cantidades excesivas de comida, (estos casos en nuestra casuística han sido poquísimos), el terapeuta dice de pasada que es una pena que en los días libres el paciente coma el doble de lo que come normalmente porque conseguirá los resultados de lo que hace en la terapia más lentamente. En lo que dice el terapeuta nunca hay críticas, sólo comprensión, empatía y ánimos. En esta misma sesión, el terapeuta hace la síntesis de las informaciones que han salido de las entrevistas precedentes, y propone de nuevo los “menús predeterminados” para la entrevista siguiente.

—La quinta entrevista se puede hacer individualmente o con un pequeño grupo de dos o tres pacientes. Las modalidades siguen siendo las mismas. El paciente decide cuantos días quiere hacer el “menú” y lo que quiere comer esos días. El terapeuta le recuerda que debe dejar al menos 2/3 días libres por semana.

## SEGUNDA FASE

La segunda fase, como dijimos es el comienzo de una terapia estratégica<sup>24</sup>, focalizada en la pérdida de peso. Esta fase puede ser gestionada con entrevistas individuales o de grupo. La terapia individual está indicada en los pacientes que ya consiguieron perder peso y han adquirido confianza en sí mismos. La inserción en un grupo está indicado en los pacientes con riesgo de desanimarse porque no han conseguido perder peso; en el pequeño grupo vale la regla, no explicitada por el terapeuta pero introducida analógicamente por su ausencia de críticas y de solicitud una actitud de apoyo por parte del grupo. Esta inserción favorece la continuación de la relación terapéutica y acelera la pérdida de peso. Probablemente entra en juego una cierta “competencia” o el deseo de quedar bien con el terapeuta y con los otros miembros del grupo, o el espíritu de colaboración que a veces se crea cuando todos trabajan “en equipo” con un objetivo común. Probablemente todos estos componentes favorecen el éxito terapéutico.

La inserción en un grupo puede ser postergada o no tener lugar si el paciente se lo pide explícitamente al terapeuta, o si hay problemas que necesitan de una prolongación de la terapia individual. En este caso, la segunda fase prevé siempre una entrevista cada 15 días hasta que el paciente consiga un peso aceptable para él.

Aquí empieza lo que llamamos “mantenimiento 1”. En éste, no se escriben más “menús predeterminados”. El paciente dice los días de la semana en los que quiere hacer un régimen alimenticio

controlado. Está todavía obligado a escribir un diario. Las tres sesiones siguientes se harán con un intervalo de un mes.

Si todo marcha bien, es decir, si no hay subidas de peso, tres meses después el terapeuta pasa al "mantenimiento 2"; verá al paciente tres meses después, siempre con la obligación del diario, pero éste no debe comunicarle cuáles son los días en que quiere hacer un "menú predeterminado". Si después de estas entrevistas el paciente demuestra que se ha estabilizado en su conducta alimenticia, el terapeuta le despidió subrayando que está a su disposición si lo necesita.

Si durante este recorrido, hay recaídas, el terapeuta, sin culpabilizar a nadie, retoma la terapia a partir de la fase en que las cosas iban bien, sin interrumpir el esquema. Si el paciente formaba parte de un grupo, eventualmente el terapeuta hace sesiones individuales para comprender lo que no ha funcionado.

## TERAPIA DE GRUPO

Los pacientes perciben rápidamente que en el grupo no se tratan temas privados, sólo se leen los diarios y se habla de comida y de peso. Cuando un paciente quiere profundizar en algo personal que ha salido en las cuatro primeras sesiones, el terapeuta añade una entrevista individual.

En el grupo el terapeuta es el líder moderador que actúa para que nadie aproveche el tiempo de los otros hablando de sus comidas. Todo depende del estilo del terapeuta cuyas intervenciones serán indirectas para que el paciente no quede mal: "sí, lo he comprendido, ya podemos continuar" y mira al paciente que espera para leer su diario. El grupo ajusta su actitud y su tema a los del terapeuta mostrándose algo impaciente, pero nunca de manera frontal. Así el paciente que se crea que está un poco desbordado, acelera su ritmo y concluye rápidamente, sin haber recibido ninguna crítica. Cuando se trata de los días con "menú predeterminado", si no hubo infracciones se lee rápidamente: "el día 27 OK, el día 29, OK", etc. Si los pacientes tienden a desbordarse hablando de lo que comieron en los días sin "menú predeterminado", el terapeuta dice que puesto que eran días libres, si se ha desbordado no tiene importancia. Si en los días de "menú predeterminado" el paciente hizo una infracción, el terapeuta no critica, dice simplemente que al comienzo del tratamiento esto puede ocurrir y que luego todo irá mejor. Por su parte los otros pacientes añaden algo en este sentido: "tranquilo, no te preocupes, vamos a mejorar todos". De esta manera se crea en el grupo una expectativa para la entrevista siguiente.

Puede ocurrir que un paciente, deliberadamente o no, haga trampas eventualmente para poner a

prueba al terapeuta, por ejemplo para saber si ha olvidado cual era su día libre de régimen. Una respuesta tipo: "pero Ana tu día libre era el cinco no el seis" confirma al paciente que el terapeuta es competente y se está centrando en él. Si el terapeuta no hace el tabulado y no lo tiene al día, el paciente se entera rápidamente y lo descalifica.

Si el paciente hizo una infracción el terapeuta toma nota de cuál ha sido la infracción y en qué día.

En el intervalo de quince días entre dos sesiones hay 8-10, días de "menú predeterminado". A veces un paciente ha adelgazado a pesar de que haya comido un trozo de pan todas las tardes. Si se lo quitamos el paciente se siente mal. Es preferible preguntarle un poco en broma si le daría igual comer una manzana. Se toma el pretexto de que probablemente en aquella hora del día se le baja la glucemia y por eso siente la necesidad absoluta de comer algo para subirla. El terapeuta inoduce aquella manzana en el "menú predeterminado". Esto si el paciente ha adelgazado. Si no, discute con él la posibilidad de quitar algo a cambio en la cena para introducir la manzana de la tarde.

En lugar de señalar en cada día con "menú predeterminado" la misma infracción, es preferible introducirla en el menú. Así no es ya una infracción y el paciente no se siente mal. En definitiva "es su cuerpo que lo necesita".

El paciente tiene la obligación de escribir el diario y el terapeuta tiene el imperativo categórico de escribir el *tabulado* de cada paciente y de fijarse en éste en cada entrevista. Debe saber exactamente qué, cuánto, y cuándo debe comer el paciente para que sea evidente su profesionalidad y no sean posibles trampas y escapatorias.

Cuando en los días con "menú predeterminado" todo ha salido bien, el terapeuta marca OK y a veces también añade: "ni siquiera ha comido la manzana".

Es importante evitar críticas y mostrarse positivo durante las entrevistas introduciendo notas y comentarios divertidos en cuanto sea posible. Cuando una paciente, con tono desesperado, señaló que en uno de sus días libres había comido "dos dedos" de mayonesa, todos se pusieron a reír, y los "dos dedos" entraron en la jerga de aquel grupo. "Dos dedos de enfurecimiento", "dos dedos de culpabilidad", etc.

Cuando otro paciente preguntó angustiado "¿puedo añadir al pescado dos cucharitas de mayonesa?", el grupo le señaló que no con la cabeza: "limón", dijeron. La terapeuta le señaló que no, "mejor una cucharita de mayonesa *light*". Todos se ríen y la hora y media de sesión se alivia y es más divertida.

Se puede sintetizar en pocas palabras el comportamiento del terapeuta en el grupo. Los pacientes han aprendido ya en las primeras sesiones el estilo

positivo, estimulante, ironico, nunca culpabilizzante, del terapeuta. Quando entrano a far parte del gruppo tendono a riprodurre lo stesso stile comunicativo con gli altri membri. In quasi tutti i casi il terapeuta non riesce a fare osservazioni né mediazioni. I pazienti leggono a turno il diario e il gruppo, incluso il terapeuta, commenta positivamente o talvolta anima il paziente se non ha potuto completare le attività. L'unica intervento più contundente lo fa il terapeuta quando il paziente tenta di fermarsi nel suo caso o gli toglie un tempo eccessivo al resto del gruppo leggendo il diario. Il terapeuta può intervenire direttamente con "reloj" o fare un'intervento amichevolmente ironico: "se continui con questi dettagli nella descrizione delle tue ricette avremo tutti una fame spettacolare e cenaremo felicemente per la notte".

Nonostante ciò il paziente ha un comportamento ricorrente, il terapeuta deve considerarlo come una richiesta implicita di colloquio individuale che gli può ricordare.

## CATAMNESIS

Abbiamo usato questo metodo, in via sperimentale, durante tre anni, in cui abbiamo visto 35 pazienti, 92% femmine, 8% maschi. Ci fu una rottura in un 20% dei casi. All'interno delle prime quattro interviste in un 56% di loro e durante la seconda fase del trattamento in un 44% dei casi. Tutti i pazienti che seguirono la terapia hanno conseguito risultati più o meno importanti di dimagrimento.

### CORRESPONDENZA:

Cinzia Raffin  
Galleria Asquini, 1  
33170 Perdenone  
Italia  
e-mail: raff.del.duc@iol.it

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: APA, 1994.
- Devlin MJ, Yanovski SZ, Wilson GT. Obesity: what mental health professionals need to know. *American Journal of Psychiatry*, 2000; 157 (6): 854-66.
- Bray GA, Bouchard C, James WPT. Handbook of obesity. Nueva York: Marcel Dekker, 1998.
- Bertalanffy L, von. General System Theory. Nueva York: John Wiley & Sons inc., 1968.
- Guy-Grand G, Aihaud G. Progress in Obesity Research. Londres: John Libbey, 1999.
- Fairbum CG, Wilson GT. Binge eating: nature, assessment and treatment. Nueva York: Guilford Press, 1993.
- Jeffery RW, Drewnowski A, Epstein LH, Stunkard AJ, Wilson GT, Wing RR, et al. Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychology*, 2000; 19 (1 Suppl): 5-16.
- Goodrick GK, Poston WS 2nd, Kimball KT, Reeves RS, Foreyt JP. Nondieting versus dieting treatment for overweight binge-eating women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998; 66 (2): 363-8.
- Onnis L. Corps et contexte. Paris: E.S.F., 1989.
- La Rosa C, Liotti G. La diagnosi e la terapia dell'obesità sulla base della teoria dei sistemi motivazionali interpersonali. *Psicobiettivo* 1995; 1: 11-24.
- Raffin C. La responsabilità terapeutica tra epistemologia ed etica. *Terapia Familiare* 1997; 53: 77-82.
- Raffin C. De l'incertitude étiopathogénique en psychiatrie à la "certitude" évaluative en psychothérapie. *Thérapie Familiale* 1997; 18 (4): 311-22.
- Liotti G, Ceccarelli M, Chouhi A. Regole e rappresentazioni della relazione: un confronto tra prospettive cognitivo-evoluzioniste e relazionali. *Terapia Familiare* 1993; 41: 19-34.
- Raffin C. Testing clinical hypothesis by means of Falsificationist Epistemology. *Family Process* 1988; 27: 485-99.
- Prata G, Raffin C. L'utilisation des parents comme thérapeutes dans le traitement des enfants qui présentent des problèmes émotionnels et de croissance. *Thérapie Familiale* 1999; 20 (3): 223-36.
- Prata G, Raffin C. From methodological to ethical rigour. *Human Systems Journal* 1998; 9: 203-11.
- Dalle Grave R. Perdere peso senza perdere la testa: il peso ragionevole in 7 passi. Verona: Positive Press, 1999.
- Dalle Grave R. Terapia cognitiva e comportamentale dell'obesità: tecniche standard e nuove tendenze. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 1998; 1: 5-20.
- Dalle Grave R. Terapia cognitivo comportamentale dell'obesità. Verona: Positive Press, 2001.
- Faith MS, Fontaine KR, Cheskin LJ, Allison DB. Behavioral approaches to the problems of obesity. *Behavior Modification* 2000; 24 (4): 459-93.
- Ugazio V. Storie permesse, storie proibite. Torino: Bollati Boringhieri, 1998.
- Foreyt JP, Goodrick GK, Gotto AM. Limitations of behavioral treatment of obesity: review and analysis. *Journal of Behavioral Medicine* 1981; 4 (2): 159-74.
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Hypothesizing-Circularity-Neutrality. *Family Process* 1980; 19: 73-85.
- Melcarne R, Cognolato S, Santonastaso P. Programmi di trattamento di gruppo per soggetti obesi. *Minerva Gastroenterologia e Dietologia* 1996; 42 (1): 27-38.