

NUESTRO TEMA DE HOY

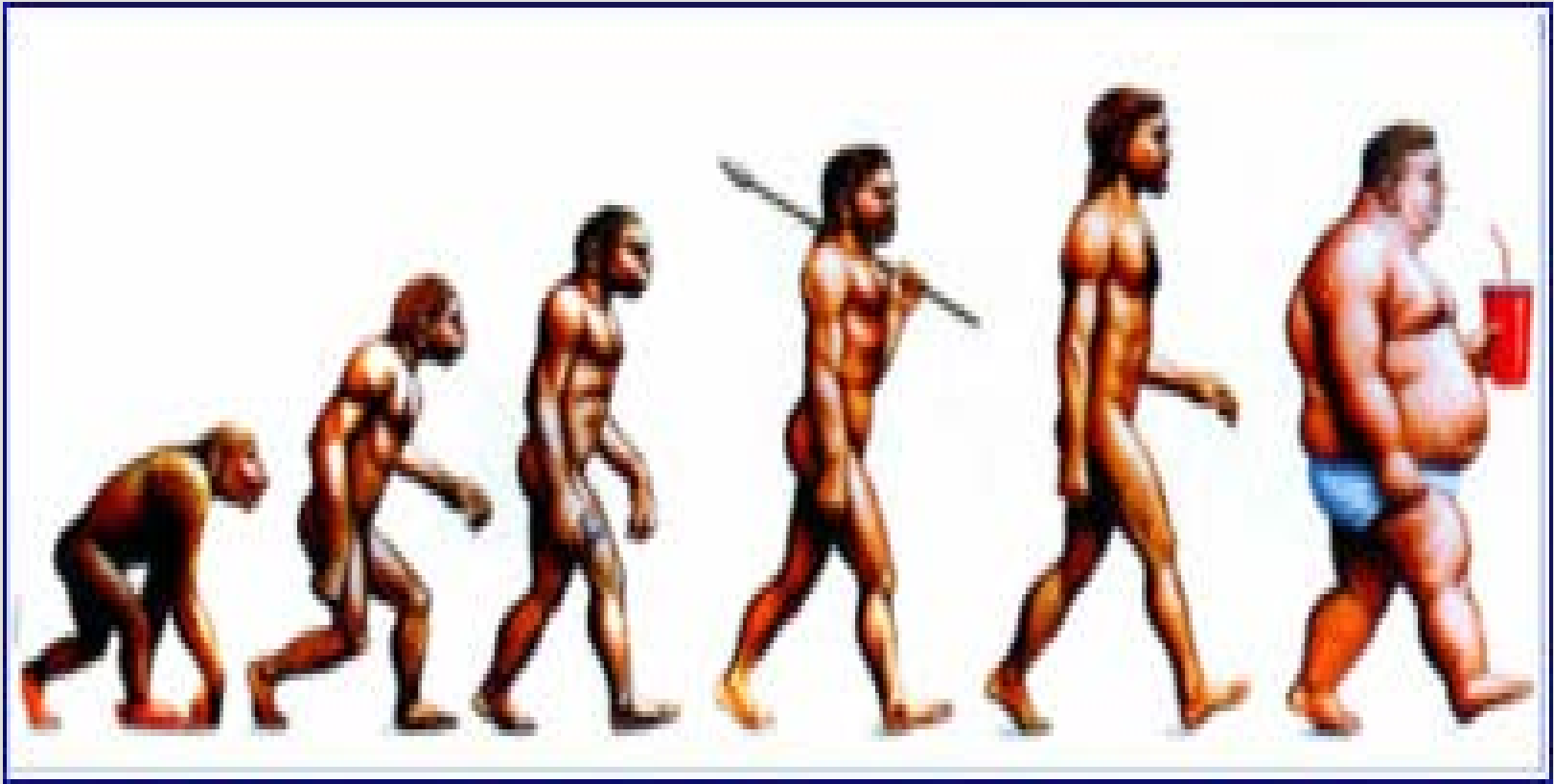
Obesidad(es), una mirada psi

Noviembre de 2007

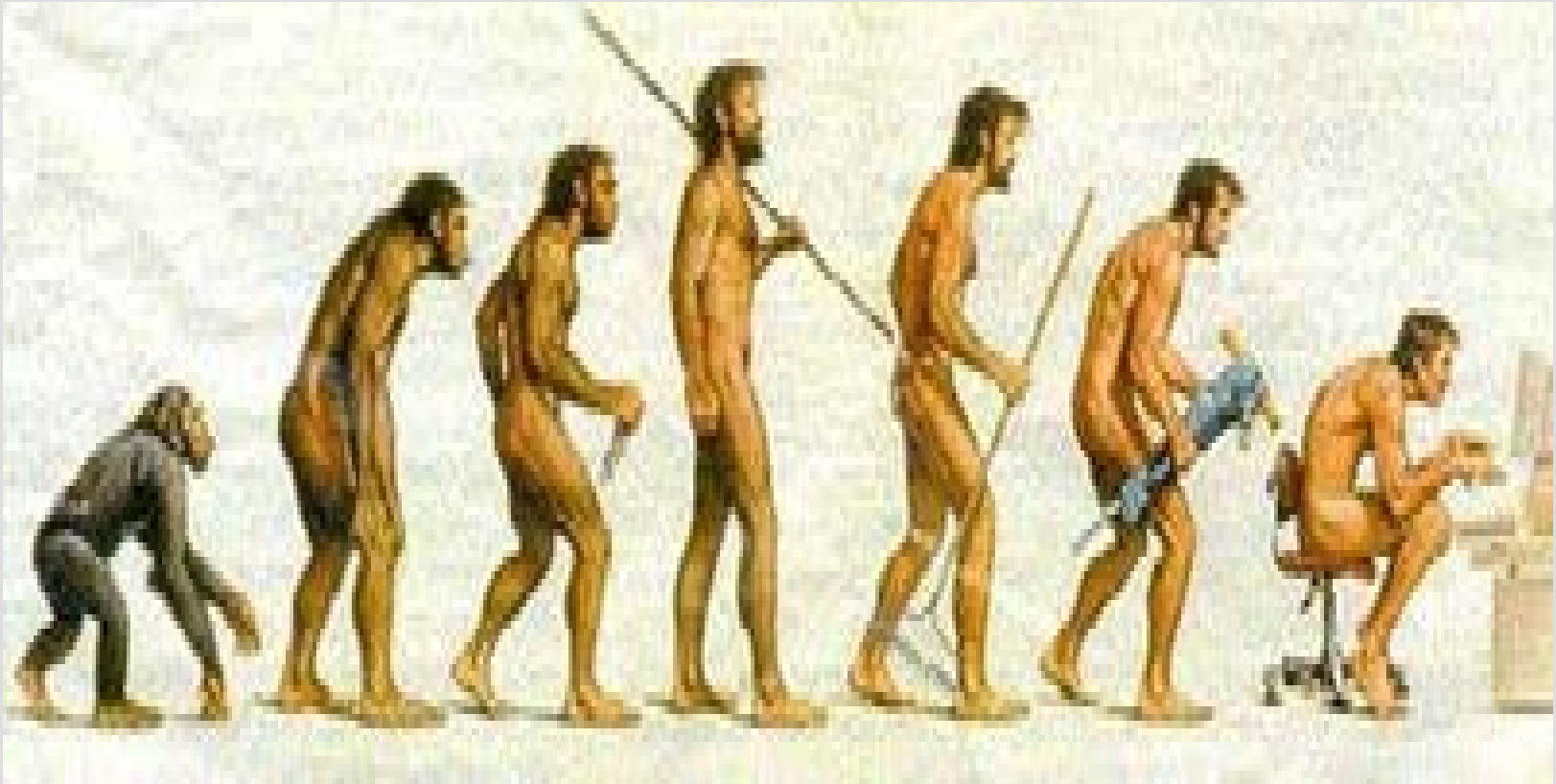
OBESIDAD

**NUESTRO PACIENTE:
UN ÉXITO DE LA EVOLUCIÓN
Y LA ADAPTACIÓN**

UN VIEJO PROBLEMA



UN VIEJO PROBLEMA







BOTERO

UN PROBLEMA

Obesidad, “Factor de Riesgo”

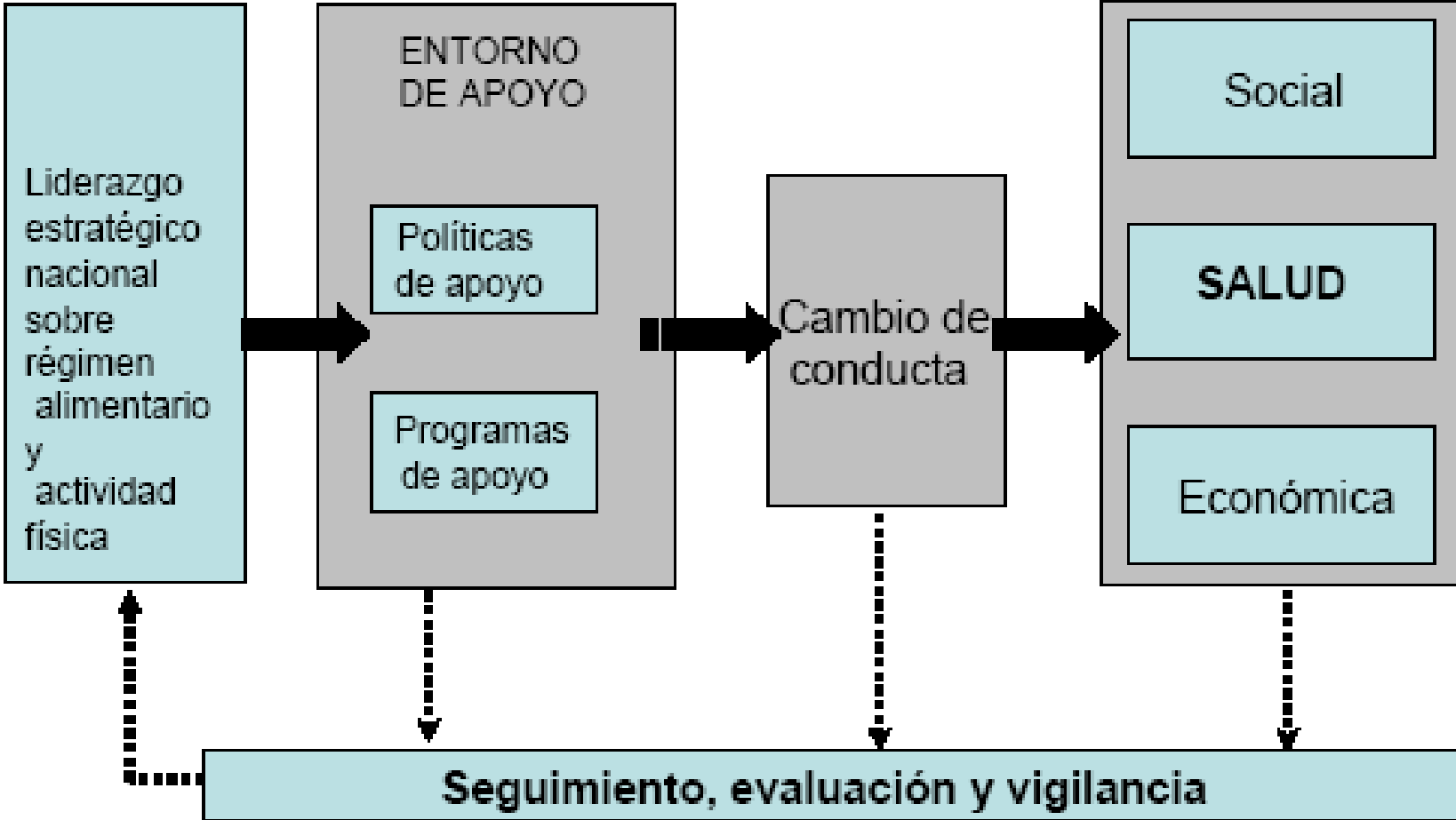


O.M.S.

Obesidad como epidemia

**“Estrategia Mundial sobre
Régimen Alimentario,
Actividad Física y Salud”
(2004)**

PROCESO	PRODUCTO	RESULTADO
---------	----------	-----------



Tipos de indicadores

En función del marco propuesto, se definieron tres tipos de indicadores:

Tipo de indicador	Objeto
Indicadores de proceso	Utilizados para medir la evolución de los procesos de cambio. Se utilizan para investigar cómo se ha hecho algo, en vez de medir el resultado obtenido. El establecimiento de un comité asesor de expertos en nutrición y actividad física en un Estado miembro podría ser un ejemplo.
Indicadores de producto	Utilizados para medir los productos que se derivan de los procesos. Por ejemplo, la publicación de un documento de estrategia o el lanzamiento de un programa nacional. Además de los planes y programas de acción, podría incluirse también la mejora de los entornos sociales y físicos de varias medios para respaldar la adopción de conductas más sanas, tales como mejor acceso a las frutas y hortalizas o rutas ciclistas seguras.
Indicadores de resultados	Son los utilizados para medir los resultados finales de una acción. Estos podrían ser resultados a corto plazo (tales como mejores conocimientos), resultados intermedios (tales como los cambios de conducta) o resultados a largo plazo (tal como una reducción en la incidencia de enfermedades cardiovasculares).

Cómo la definen los especialistas?

Síndrome generado por
múltiples factores etiológicos
interrelacionados y diversos tales
como:

genéticos, metabólicos,
neuroendócrinos, psicológicos y
sociales.

Y además:

**La Obesidad es un trastorno crónico
que requiere:**

**una supervisión durante toda la vida
por parte de un profesional de la salud**

**y un auto-tratamiento activo por parte
del paciente**

Otra opinión

“Es un hecho bien conocido el impacto que tiene la Obesidad, sobre todo por la estigmatización y marginación de la que es objeto, sobre la calidad de vida”.

Obesidades ?

OBESOS CON T.A. : 30%

- mayor prevalencia de depresión
- mayor índice de abandono de trat.
- mayor malestar por peso e imagen corp.
- preocup. por peso mas relacionado con atracones que por el grado de obes.
- * Trast. límite de la persd
Trast. evitativo de la persd.

NUESTRO PROBLEMA



NUESTRO PROBLEMA



**1 SOLO CAMPO DE
CONOCIMIENTO NO
EXPLICA LA
COMPLEJIDAD DEL
PROBLEMA**

**1 SOLA TERAPÉUTICA
NUNCA DA UNA RESPUESTA
SATISFACTORIA**

**1 TÉCNICA PSI, POR SÍ SOLA,
NUNCA DA CUENTA DE
LA COMPLEJIDAD DEL
PROBLEMA, POR TANTO
NUNCA DARÁ UNA
RESPUESTA EFICAZ
Y SATISFACTORIA**

Las personas obesas dicen

**“MI PROBLEMA
ES EL CUERPO”**

**“LO MALO DE SER GORDO
ES QUE
NUESTRO LADO FLACO
SE HACE VISIBLE”**

EL “LADO FLACO”

**Obesidad
Infantil**

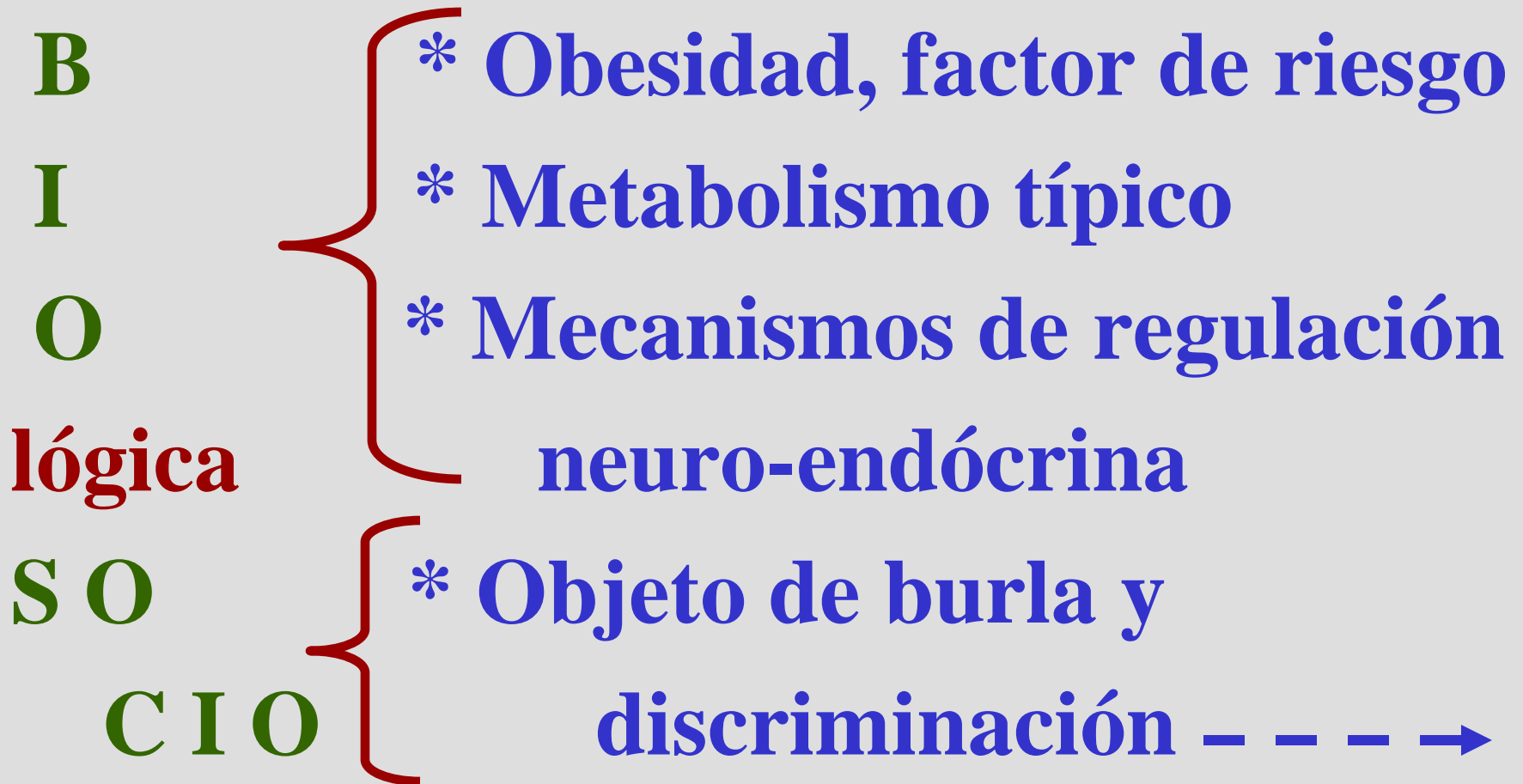
**El problema es
“ser mirado/a”**

**Cuerpo y procesos
corporales que
no puede controlar**

Se engorda día a día

**Trast. de la
imagen corporal**

EL CUERPO “REALMENTE” ES UN PROBLEMA



DESDE LO SOCIAL

(mirada dominante)

- 1. Burla desde niños/as**
- 2. Prejuicios en los “no tan niños”; feo/a, sucio/a, deforme, descontrolado/a, ballena**
- 3. Discriminación sex-afect.**
- 4. Discriminación laboral**
- 5. + Auto-discriminación**

Y además.....

El significado diferencial

- * para cada uno de los sexos,

- * y para cada clase social

Y UNA ACUSACIÓN....

“Tantas ganas de bajar de peso no tendría, porque sino, hubiera hecho mas esfuerzos para lograrlo”

QUE SABEMOS ?

**Bajar de peso no es sólo
una cuestión de voluntad
o de falta de ella.**

QUE SABEMOS ?

**BAJAR DE PESO,
NO DEBE SER
UNA META
EN SÍ MISMA !!!**

PORQUÉ NO ?

LAS PROHIBICIONES

GENERAN

TRANSGRESIONES,

Y SUPONEN

“SACRIFICIOS”

PORQUÉ NO ?

- **Porque el peso baja con dificultad pero sube con mucha facilidad**
- * **Porque mas importante que bajarlo, es “mantenerlo”**
- * **Para no obsesionar a los/as pacientes (peso, balanza, gramos, calorías, etc)**
- **Porque seríamos funcionales a los modelos sociales causas del sufrimiento psíquico**
- **PORQUE NO ALCANZA !!!!!!!!**

QUE SABEMOS ?
PEQUEÑOS LOGROS,
PRODUCEN
RESULTADOS
SIGNIFICATIVOS

- * aumento de la autoeficacia y con él, de la CVRS**
- * algo es posible y hay que valorarlo y conservarlo**

**CUÁL ES
FINALMENTE
LA PROPUESTA ?**

**“CAMBIO DE
ESTILO DE VIDA”**

“ESTILO DE VIDA” SUPONE

- * Salud como concepto multidimensional**
- * Estilo de Vida como concepto multidisciplinario y multinivel**
- * Tener en cuenta:**
 - las expectativas de resultado**
 - las expectativas de autoeficacia**
 - las expectativas de valor**
- * Apunta también a la Reducción de Riesgo**

CAMBIO DE ESTILO DE VIDA

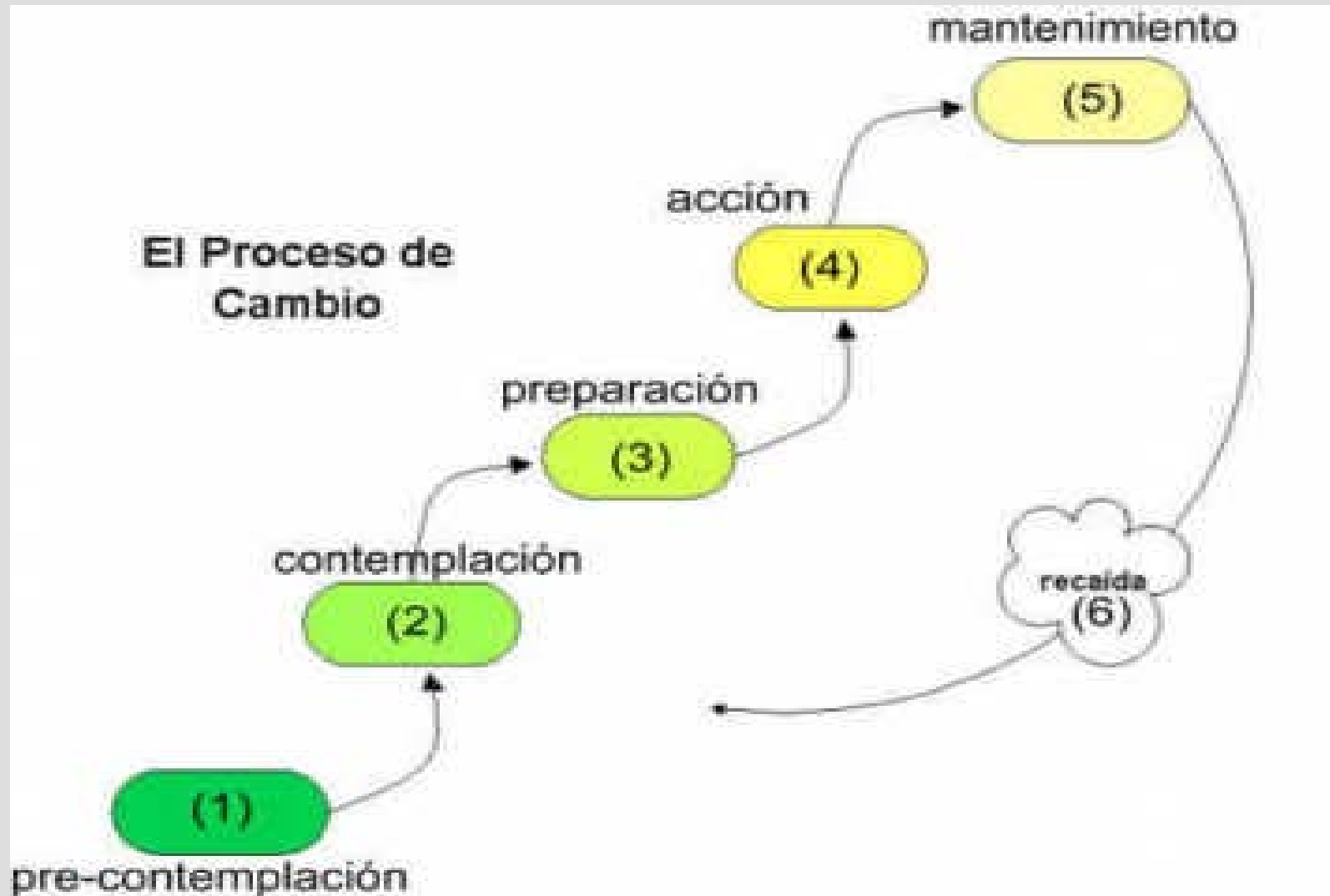
1. Cambios en sus hábitos alimentarios
2. Cambios en la actividad física
3. Cambios en su auto-reconocimiento
(en los valores y significados propios)
4. Cambios en el manejo de las situaciones emocionales que lo llevan a la ingesta (soledad, bronca, ansiedad, angustia, aburrimiento, etc.)
5. Cambios en los significados dados a su entorno (comilonas, restaurants)

3 ETAPAS

- 1. Reducción del peso**
- 2. Mantenimiento del peso obtenido (5 años)**
- 3. “Posible” nueva reducción del peso**

ESTADIOS DEL CAMBIO

de Prochaska y DiClemente



**CUÁLES SON
ENTONCES,
LAS PROPUESTAS
TERAPÉUTICAS
POSIBLES, DESDE EL
CAMPO PSIQ ?**

Propuestas psico-terapéuticas

1. **Técnicas cognitivo-conductuales**
2. **Psicoanálisis (trabajo sobre las evaluaciones, significados, contenidos emocionales y hechos históricos marcadores)**
3. **Propuestas Grupales**
4. **Propuestas Familiares**
5. **Seguimientos posibles (Estrategias para potenciar el cumplimiento del tratamiento)**

TÉCNICAS COGNIT-CONDUCT

**Buscan que el paciente
mejore sus hábitos alimentarios,
a través de la AUTO-VIGILANCIA.**



**Identificación y manejo de las
situaciones, disparadores y/o
condicionantes;
emocionales y sociales;
de la ingesta problemática.**

AUTO-VIGILANCIA EN EL ACTO DE COMER

- * Sabe reconocer cuando tiene hambre,
y cuando ya no lo tiene?
 - * Comer sólo a la hora de comer
 - * Comer sólo sentado a la mesa
- * Que no haya alimentos a la vista fuera
de la hora de comer
 - * Use platos pequeños.
 - * Coma lentamente.
 - * Evite servirse 2 veces.

AUTO-VIGILANCIA DEL ENTORNO DE LA INGESTA

- * Encuentre respuestas diferentes al aburrimiento, ira, frustración, tristeza, ansiedad, soledad, angustia; en lugar de comer.
- * Busque otras maneras de premiarse, no sólo comiendo.
- * Fije metas para cambiar los comportamientos ligados al acto de comer
- * Haga cambios pequeños y sea paciente consigo mismo. El cambio de los hábitos toma su tiempo y da trabajo.

Estrategias para potenciar el cumplimiento del tratamiento (para no dejarlos solos)

- 1. Línea telefónica de ayuda**
- 2. Seguimiento telefónico**
- 3. Grupos de Autoayuda**
- 4. Consultas periódicas**

FINALMENTE

Las personas obesas

en su camino al

cambio de estilo de vida;

atraviesan momentos en los que

suelen perder el rumbo y el

sentido de lo que hacen.

**Momentos en que
necesitan fuertemente
apoyo y reconocimiento para
sus mínimos logros,
porque el desmanejo o descontrol
del acto alimentario;
convierte al proceso en algo
“demasiado pesado” para dejarlos
solos con este problema.**

PROPONGO

**Nuevo
contrato psicológico
con sí misma
“compromiso”**

donde las cláusulas de:
aumento de calidad de vida;
de compromiso con su capacidad
de disfrute;
y de reconocimiento de las
propias potencialidades,
(todas ellas minimizadas por su obesidad)
sean innegociables.

Cláusulas que trascienden
la simple “reducción de peso”



GRACIAS

**MUCHAS
GRACIAS !!!!!**

Ps. Raúl G. Koffman

raulkoffman@ciudad.com.ar