



UNIVERSIDAD DEL NORTE SANTO TOMÁS DE AQUINO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

***“INCIDENCIA DEL DISCURSO FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE
ADULTOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD”***

Alumna:

Ana Emilia Zermoglio

Directora:

Mg. María Inés Hernández

Año 2017

INDICE

1. Introducción
 - 1.2 Planteo del problema
2. Marco Teórico
 - 2.1 Discurso
 - 2.2 Familia
 - 2.3 Dimensión social del acto de alimentarse
 - 2.4 Sobrepeso y Obesidad
 - 2.4.A Obesidad y ciclos de vida del adulto
 - 2.4.C Tratamiento del paciente obeso
3. Metodología
4. Conclusiones y Propuestas
6. Referencias

ANEXO

1. Introducción:

Las prácticas profesionales supervisadas (PPS) del Área Social, se realizaron en CIDESA (Centro Integral de Salud Alimentaria), ubicado en calle General Paz 516, en San Miguel de Tucumán en el año 2014.

Este centro tiene como objetivo atender la problemática del sobrepeso y la obesidad desde un abordaje interdisciplinario, involucrando las áreas: médica, nutricional, psicoterapéutica, complemento físico y estética.

La obesidad se define como un aumento del tejido adiposo; sin embargo, esta definición es reduccionista por lo que es necesario definir la obesidad como una enfermedad multifactorial compleja influida por factores genéticos, fisiológicos, metabólicos, celulares, sociales y culturales. Para diagnosticarse y clasificarse se usa el índice de masa corporal (IMC) el cual es la relación que existe entre el peso y la talla al cuadrado. La OMS considera que hay obesidad cuando el IMC es mayor a 30.

Se ha estudiado este tema desde múltiples aristas, la incidencia política y económica, los problemas de salud que vienen aparejados a esta enfermedad, múltiples estadísticas y se logró la elaboración de una legislación para su abordaje, sin embargo, los aspectos psicológicos fueron tomados en consideración tardíamente.

Cabe destacar que durante el transcurso de la PPS y a través del contacto con los pacientes de la clínica se pudo observar la incidencia del discurso familiar a lo largo del tratamiento de los mismos.

El discurso familiar pesa mucho a la hora de llevar adelante un tratamiento de esta índole teniendo en cuenta que la obesidad es una enfermedad crónica, en el discurso de los pacientes se ve manifestado que la forma más frecuente de expresar cariño por parte de sus familiares es a través de la comida, por lo cual la misma no solo tenía un componente meramente nutricional sino también emocional, el cual en la mayoría de los casos es pasado por alto sin brindarle la importancia correspondiente.

Es de impacto considerable en la salud pública detenerse en el discurso familiar en relación al tratamiento de la obesidad y el sobrepeso ya que es un

factor fundamental a la hora de identificar determinadas causas que lleven a la ingesta excesiva, reconocer factores que inciden en la adherencia al tratamiento y detectar circunstancias que pueden desencadenar una recaída, con lo que ello conlleva.

1.2 Planteo del problema:

La familia entendida como grupo mediador entre la sociedad y el individuo es fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Ofrece al sujeto humano un contexto cultural y lingüístico, el discurso parental lo estructura, le pone condiciones, límites, así como también inmensas posibilidades, ese discurso ubica al sujeto en un lugar y no en otro.

“Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteraciones emocionales, desequilibrio y descompensación del estado de salud” (Bernal, 2003).

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el sujeto a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que ésta ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.

Este trabajo se centra en la importancia del discurso familiar en los pacientes obesos que llevan a cabo un tratamiento.

Por eso nos preguntamos:

¿Es posible cuestionar el discurso familiar del paciente?

¿Es posible conseguir el éxito del tratamiento sin un cambio discursivo?

¿De qué manera puede el psicólogo modificar esta dinámica?

1.3 Objetivos:

Objetivo General:

Describir las *características del Discurso Familiar* en pacientes adultos con sobrepeso y obesidad de una clínica de salud alimentaria de San Miguel de Tucumán.

Objetivos Específicos:

- 1) Identificar los modos particulares de *utilización del lenguaje* en el contexto familiar que expresan los pacientes adultos con sobrepeso y obesidad de la muestra.
- 2) Detectar las *ideas y creencias predominantemente transmitidas* en el grupo familiar de los pacientes adultos con sobrepeso y obesidad seleccionados.

2. MARCO TEORICO:

2.1 Discurso:

Foucault concibe el discurso y la práctica discursiva como estructura y práctica social, respectivamente. El término es concebido como una realidad supra-individual; como un tipo de práctica que pertenece a colectivos más que a individuos; y que está siempre situado en diversas áreas o campos sociales. Sin embargo, como los últimos trabajos de Foucault (1986, 1987, 1994) y los trabajos de Butler (1990, 1993) han mostrado, los discursos tienen un fuerte impacto en los individuos en tanto que los construyen y constituyen discursivamente.

El término *discurso* se aplica a una forma de utilización del lenguaje, a discursos públicos o, más en general, al lenguaje oral. Otro uso del mismo término, muy difundido, pero aún informal, puede hallarse en los medios de comunicación y en algunas de las ciencias sociales. En este último caso, el término *discurso* no se refiere exclusivamente al uso que hacen del lenguaje, sino también a las ideas y filosofías que sustentan y divulgan.

Dependiendo de la persona que emite el discurso y el lugar desde donde surja, es necesario admitir un juego complejo e inestable donde el discurso puede a la vez ser instrumento y efecto de poder, pero también obstáculo, punto de resistencia y partida.

“Define los gestos, los comportamientos, las circunstancias, y todo el conjunto de signos que deben acompañar el discurso; fija finalmente la eficacia supuesta o impuesta de las palabras, su efecto sobre aquellos a los cuales se dirigen, los límites de su valor coactivo”. (Foucault 1970:41)

“Los discursos nombran, enuncian, explican. Tienden a configurar percepciones, interpretar experiencias y a construir una visión del mundo. Aportan y expresan sistemas de representación social. Pueden ser desocultantes, expresión de conocimiento o mistificadores”. (Pampliega de Quiroga, 2002:5).

No se puede concebir una sociedad humana sin la existencia de una forma de comunicación, a través de alguna forma de lenguaje. La interacción social presupone que se compartan conocimientos, actitudes y metas, aspectos que

se expresan, en gran medida, a través del discurso. Los actos tienen que comunicarse y evaluarse, las historias se tienen que contar y compartir, y las actividades futuras tienen que prepararse, y todo eso sucede, en su mayor parte, a través del texto y del habla.

“El discurso se define con frecuencia como un acontecimiento comunicativo que sucede en una situación social, presenta un escenario, tiene participantes que desempeñan distintos roles, determina unas acciones” (Teun Van Dijk, 2003:30).

Las personas utilizan el lenguaje para comunicar ideas o creencias (o para expresar emociones) y lo hacen como parte de sucesos sociales más complejos, independientemente de cualquier otra cosa que ocurra en esos a veces complicados sucesos de comunicación, los participantes hacen algo, interactúan.

Ya en esta primera aproximación al concepto de discurso se ha identificado tres dimensiones principales:

a) el uso del lenguaje:

Cuando hablamos de lenguaje, nos referimos a lo específicamente humano, a una forma de demarcación, significación y comunicación.

Al referirnos específicamente al Discurso Familiar debemos pensar en las conversaciones, diálogos, relatos, silencios, lo que se dice y lo que se calla al interior del núcleo familiar en su cotidianeidad.

Alguien en el grupo dice: *“en mi casa nadie habla de mi problema con la comida, es como si no me vieran el tamaño que tengo”*, otra persona refiere: *“cada vez que me siento a hablar con mi mamá sobre mi tema (se refiere a su tratamiento en la clínica y su lento descenso de peso) ella me dice no te preocupes ya vas a bajar tenés que dejar de comer”*

b) la comunicación de creencias:

En este sentido es el grupo familiar el responsable de las ideas y maneras de concebir al ser humano, al orden social, así como también de aquellas primeras representaciones acerca del mundo.

Con respecto a esto alguien en CIDESA dice: *“en mi casa mi abuela siempre decía si estas engordando es porque te están queriendo”*, otra

persona refiere sobre el mismo tema y dice, *“cuando yo era chiquito mi mama decía que yo era gordito porque era sano”*.

Otra persona dice *“cuando comenzaba a bajar de peso me preguntaban si estaba enferma”*

c) la interacción en situaciones de índole social:

Los miembros de la familia comparten-o no- espacios donde los procesos de reciprocidad son relevantes en el arduo aprendizaje del diálogo y del encuentro con el otro en sus múltiples manifestaciones

Si se tienen en cuenta estas tres dimensiones, no es sorprendente que sean varias las disciplinas que participan de los estudios del discurso, como la lingüística (para el estudio específico del lenguaje y su utilización), la psicología (para el estudio de las creencias y de cómo estas se comunican) y las ciencias sociales (para el análisis de las interacciones en situaciones sociales).

“Los discursos no sólo consisten en estructuras de sonidos o imágenes, y en formas abstractas de oraciones. También es posible describirlos en términos de las acciones sociales que llevan a cabo los usuarios del lenguaje cuando se comunican entre sí en situaciones sociales y dentro de la sociedad y la cultura en general”. (Van Dijk, 2000:38).

Al hablar se le otorga a la realidad un sentido, se interpreta el mundo. Y, por ello, las palabras no son puramente nominales, es decir, no sirven sólo para nombrar, sino para dar un significado a algo determinado dentro de un marco de creencias particular, se manifiestan formas de pensar, representaciones de la realidad que permiten a las personas de un grupo que las comparte ordenar las creencias acerca de lo que sucede, bueno o malo, correcto o incorrecto, según ellos, y actuar en consecuencia.

“El lenguaje es el elemento propio de la comunicación social. Una sociedad sin lenguaje no existe como tampoco puede existir sin comunicación. Todo lo que se produce en relación con el lenguaje sucede para ser comunicado en el intercambio social” (Kristeva; 8).

“El discurso implica, la participación del sujeto en su lenguaje mediante el habla del individuo; el sujeto se forma y se transforma en el discurso que comunica a otro. La lengua común a todos se convierte, en el discurso, en vehículo de un mensaje único, propio de la estructura particular de un sujeto dado que deja sobre la estructura obligatoria de la lengua la huella de un sello específico en que el sujeto viene marcado sin que sea consciente de ello” (Kristeva, ;12).

Para Lacan sus medios son los del habla en cuanto que confiere un sentido a las funciones del individuo; su dominio es el del discurso concreto en tanto que realidad transindividual del sujeto; sus operaciones son las de la historia en cuanto que constituye la emergencia de la verdad dentro de lo real. Alguien en CIDESA dice: *“todos los días me miro al espejo y me digo a mi misma ¿qué te hiciste? ¿Cómo llegaste a esto?”*

Siguiendo la línea del psicoanálisis, podemos decir que el síntoma corporal esta sobre determinado por una red simbólica compleja, por un lenguaje del que hay que aprehender las leyes sintácticas para resolver el síntoma. Alguien comenta: *“siempre pensé que engordaba porque tenía el metabolismo lento”*

“Hoy está muy claro que el síntoma se resuelve por entero en un análisis del lenguaje porque el mismo está estructurado como un lenguaje porque es lenguaje cuya habla ha de liberarse” (Lacan)

2.2 Familia:

Debido a que se propone que la obesidad no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema, la familia debe considerarse parte de la problemática.

La familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal forma que la conducta de ellos depende del efecto de las interacciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre si formando un todo, tiene una función socializadora, allí se realizan los aprendizajes básicos del complejo mecanismo de adjudicación y asunción de roles sociales, se aprende asimismo la convivencia armónica regulada por pautas y normas, se instituye como grupo primario en la vehiculización de sistemas sociales de representación; en este sentido refleja y se hace eco de las bondades y contradicciones del orden socio-cultural vigente, es en ella que se realizan los primeros y más vitales aprendizajes, se configuran estilos, matrices de sentimiento, pensamiento y acción, es decir, de interpretación de la realidad.

Alguien dice: *“en mi casa todos somos de buen comer, desde chicos siempre se nos dijo que no había que dejar comida en el plato porque era de mala educación”*, otra persona dice: *“cada vez que íbamos a comer a la casa de mi abuela teníamos que repetir el plato porque si no se ofendía”*.

A través de la historia de la humanidad la familia ha estado condicionada e influida por las leyes sociales y económicas, y los patrones culturales de cada región, país y clase social. El modo de producción imperante en cada sociedad condiciona la ubicación de la familia en la estructura de clase, en función de la inserción en la organización del trabajo.

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, es el grado primario de adscripción. Es un sistema abierto, es decir un conjunto de elementos ligados entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción interna y con el exterior, que pasa de una forma inferior a otra superior, de igual manera que la sociedad evoluciona de un estadio a otro. La familia es un producto del sistema social y refleja su cultura. En las diferentes épocas históricas han existido diversas formas de organización familiar. Alguien en el grupo dice: *“mi papá nunca estaba en la casa porque trabajaba todo el día, la que se encargaba de nosotros era mi mamá”*, otra persona dice: *“mis papás se separaron cuando era muy chica y nos criamos con mi abuela”*, alguien dice: *“en mi casa vivíamos con mis abuelos maternos, era complicado porque mi mamá decía una cosa y mi abuela otra”*.

Este grupo social primario es la instancia de intermediación entre el individuo y la sociedad; constituye el espacio por excelencia para el desarrollo de la identidad y es la primera fuente de socialización del individuo.

Alguien en el grupo dice: *“desde chico que me dicen el gordo, al principio me molestaba pero ya me siento identificado”*, *“cuando era chico mi mamá me mandaba a jugar con los vecinitos del barrio, no le gustaba que me quede en mi casa porque le desordenaba todo”*

“La familia se ha denominado como una institución básica de la sociedad ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Para este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del hombre, y ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su incorporación en la vida social y la transmisión de valores culturales de generación en generación. La sociedad descansa en la familia como entidad llamada a garantizar la vida organizada y armónica del hombre. La necesidad de vivir en familia que tiene el ser humano se acrecienta ante el carácter eminentemente psicológico que tiene la relación niño-adulto durante todo el proceso en el cual crece y deviene la personalidad. Los adultos que se ocupan del cuidado del niño y que constituyen su familia, garantizan que se produzcan los procesos psicológicos que intervienen en el desarrollo de la personalidad, así como en la identidad del yo, la socialización y la autonomía, entre otros”. (Sánchez - 2007; González - 2008).

La relación entre individuo, familia y sociedad hay que entenderla en sus múltiples interrelaciones y no como un proceso unidireccional.

“La familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso, por esto los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso” (García - 2014).

El ambiente familiar puede contribuir al desarrollo de la obesidad. Los estilos de vida de los padres influyen en el desarrollo de las preferencias alimentarias, en la exposición a estímulos de comida y en la habilidad de los pacientes para regular su selección en la ingesta, logrando establecer el ambiente emocional, nutricional y de actividad física en el que puede o no desarrollarse la obesidad.

Alguien dice: *“en mi casa se comía a cualquier hora, siempre encontrabas algo en la heladera para picar cuando teníamos hambre”*, otra persona dice: *“jamás fuimos de comer frutas y verduras, era muy rara la vez que encontrabas una manzana para comer”*, otra persona expresa: *“todos los domingos en mi casa comíamos de delivery, mi mamá nunca cocinaba los domingos, vivíamos a chatarra”*, otra persona dice: *“cuando íbamos a la casa de mi abuela, había comida como para un batallón, ponían una mesa grande de donde todos nos servíamos lo que queríamos, terminábamos pupulos pupulos”*. Alguien dice: *“jamás hice actividad física, en mi casa se usa el auto hasta para ir a la esquina”*.

Los padres y demás miembros de la familia disponen y planean un ambiente común y compartido que puede ser conductor de la sobrealimentación o de un estilo de vida sedentario. Los miembros de la familia sirven como modelos y refuerzan y apoyan la adquisición y mantenimiento de las conductas alimentarias y ejercicio. Alguien en el grupo de CIDESA dice: *“cuando comenzaba algún deporte, no me duraba nada, nunca me alentaron a que continúe tampoco, siempre había algún pero para no llevarme a entrenamiento”*, otra persona dice: *“en mi casa cocinaba mi abuela, cocinaba riquísimo era imposible no repetir el plato”*.

El apoyo de la familia y amigos para el cambio conductual está relacionado con los resultados a largo plazo, resulta inadecuado para el tratamiento del obeso que sus familiares compren y llevan a casa alimentos inapropiados para el seguimiento de la propuesta de la dieta. Alguien dice: *“me resulta muy difícil seguir al pie de la letra la dieta, entre mis amigas que comen de todo adelante mío y en mi casa que me dicen que un poquito no me hace nada, me vuelven loca”*, otra persona manifiesta: *“cada vez que nos juntamos a comer me joden con la dieta, me dicen que eso es de minita, que la panza es de macho”*. Alguien dice: *“justo cuando me decido arrancar la dieta mi novia empieza un curso de cocina, todos los días vuelve a la casa con algo diferente y yo me quiero matar”*.

En la medida que exista congruencia entre los objetivos del paciente y de su familia, será más fácil el cambio y, por consiguiente, el mantenimiento de este nuevo estilo de vida. Alguien dice: *“en mi casa todos hacen la dieta conmigo, me acompañan mucho y me retan cuando me estoy por tentar”*. Otra persona refiere: *“mi mama me prepara las viandas”, “todos comemos lo mismo, eso me ayuda mucho”*.

Aunque muy poco considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, y por lo general nunca se abordan.

Estos factores psicológicos, precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado el ideal deseable. El abordaje y tratamiento de las

características psicológicas es de fundamental importancia, de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo.

Este conjunto de emociones y comportamientos que se vinculan con la sobrealimentación generalmente se presentan en combinaciones más o menos complejas y son diferentes en cada persona es decir que la explicación y abordaje de un caso de obesidad nunca es exactamente igual a la explicación y abordaje de otro (Silvestri,2005:1).

De ello se desprende, la necesidad del trabajo interdisciplinario para atender cada uno de los detalles que inciden en esta problemática.

Es conocido que la obesidad se presenta como un síndrome conformado por factores etiopatogénicos diversos e interactuantes que se combinan en proporciones individuales de una persona a otra. Hasta el presente se han considerado la herencia genética, el sedentarismo, el comer excesivamente y las disfunciones metabólicas, pero se han descuidado los aspectos psicológicos y sociales.

No debe olvidarse que el ser humano es un ser bio-psico-social, y como tal obliga a que todas las terapéuticas sean enfocadas desde esta perspectiva, y el tratamiento de la obesidad no queda excluida. Por tanto, el aspecto psicológico de la persona debería ser incluido en el abordaje terapéutico, sobre todo considerando la cronicidad y complejidad de esta problemática.

Muchos alimentos poseen además de sus cualidades alimenticias, un valor simbólico y emocional por estar, muchos de ellos, asociados en nuestro cerebro a recuerdos buenos o malos, a situaciones, personas, etapas de la vida, etc. Alguien dice: *“cuando estoy triste me gusta comer chocolate”*, alguien refiere: *“hace poco corte con mi novio y mis amigas vinieron a mi casa trajeron dos kilos de helado y un montón de golosinas no me ayudo a la dieta, pero por lo menos me calmo la angustia”*, alguien dice: *“para los cumpleaños en mi casa se cocina la comida preferida del cumpleaños y todos comemos eso”*, otra persona refiere: *“para navidad mi mama cocina pavo relleno, es una tradición familiar, nos reunimos y cocinamos juntas”*.

Existen asociaciones más o menos compartidas por la mayoría de la población, como asociar las tortas y postres a momentos de grata celebración de

cumpleaños, a la experiencia de ser agasajados por sacar buenas notas, los helados a vacaciones de verano, a momentos de mayor libertad, etc. Pero hay asociaciones más individuales y de importantes consecuencias cuando de adelgazar se trata.

Silvestri y Stavile (2005) plantean que este valor simbólico puede aparecer unido a diferentes circunstancias:

- por el hecho de que ese alimento se produjo de una manera única o especial para la persona (cuando la persona ha notado lo especial que era para su madre y se le cocinaba cierto alimento o se lo hacían de determinada manera). Alguien dice: *“mi abuela me cocinaba dulce de naranja cuando íbamos al campo, nos pasábamos horas tomando mate y comiendo pan de campo con dulce”*.
- cuando el alimento va unido a la presencia de una persona importante desde el punto de vista de los afectos o de un determinado estado de ánimo. Alguien dice: *“mi abuela nos decía que no hay nada que un buen guiso de lentejas no pueda curar”*.
- cuando su consumo era recibido como premio. . Alguien en el grupo se refiere: *“cada vez que me sacaba una buena nota en la escuela mi papa me compraba un panchuque y una botella de coca”*.
- cuando generalmente era reservado para la persona que tenía status familiar más alto y reconocido
- por consumirse regularmente con ocasión del encuentro, la reunión, gratificante entre otras personas, generalmente familiares, pero también amigos u otras. Alguien dice: *“en las juntadas con los changos es infaltable el asadito y el fernet”*
- Cuando es usada para iniciar y mantener relaciones personales y de negocios
- Para proclamar la distinción de un grupo
- Cuando se quiere demostrar la pertenencia a un grupo

- Hacer frente al stress psicológico o emocional. Alguien dice: “cuando me siento triste es infaltable el chocolate”.
- Señalar un status social
- Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento
- Manifestar y ejercer poder político y económico
- Manifestar experiencias emocionales
- Manifestar piedad o devoción
- Simbolizar seguridad

El simbolismo especial con el que están cargados algunos alimentos evoca en el sujeto una valoración más allá de lo puramente alimenticio, se da de manera individual para cada persona, no pudiendo, pues extrapolar nunca el significado que tiene una comida para una persona u otra. Los alimentos como símbolos comparten el hecho importantísimo de ser signos de pertenencia, de fidelidad, de acatamiento a las normas de un grupo cultural. Por tanto, prescindir de los alimentos de gran valor afectivo-emocional, puede socavar los esfuerzos por cumplir un plan nutricional de adelgazamiento, ya que están satisfaciendo una necesidad psicológica más que nutricional. Al estar estos alimentos asociados en nuestra mente a recuerdos agradables o desagradables, a situaciones, personas, emociones, etc., son necesarios para la estabilidad psicológica.

La obesidad puede ser visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social, que atenta contra las cualidades emocionales, percepción del propio funcionamiento, calidad de vida y habilidades sociales de estas personas a cualquier edad, especialmente por las características estigmatizadas por la sociedad.

La obesidad puede abordarse desde distintas teorías cada cual aporta su definición basándose en su propio marco teórico, por lo cual, a la hora de definir esta enfermedad, no es suficiente quedarnos únicamente con el aspecto biológico, ya que el organismo trasciende la pura biología.

Para poder realizar una definición de esta enfermedad resultara indispensable tomar en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y culturales.

La obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. Sin embargo, se debe recordar que la obesidad es en sí misma un estado patológico, investida de estigmas sociales, que no tiene que ver exclusivamente con un problema de estética corporal, sino que atenta incluso contra las cualidades emocionales, de carácter o personalidad de la persona, afectando a cualquier tipo de población a cualquier edad.

2.3 Dimensión Social del acto de alimentarse:

El acto de alimentarse en los individuos cumple una función biológica vital como también una función social esencial.

“Cada sociedad establece sus propias normas relacionadas a la alimentación, estas normas culturales son las que permiten, discernir lo que es considerado comida de aquello que no, al mismo tiempo distinguen entre quienes pueden comer que y cuál sería la manera indicada de hacerlo. Por lo tanto la alimentación pasaría a representar una categoría de gran relevancia para comprender el comportamiento de los miembros de una determinada sociedad”. (Aguirre, 2010; Cormillot, 2016).

Actualmente, el sistema alimentario *postindustrial* está marcado por el incremento del consumo de alimentos producidos y procesados mecánicamente, conservados para su comercialización a mediana y gran escala. Las transformaciones sociales, económicas y demográficas ocurridas en los últimos treinta años han incidido en la modificación de los parámetros alimentarios y, como consecuencia, en el incremento de patologías relacionadas con la alimentación (obesidad, sobrepeso, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer).

“En Argentina, como en el resto de los países de la región, el desarrollo de la industria de los alimentos favoreció la segmentación del mercado de acuerdo con el nivel de ingresos, ofreciendo productos masivos, de baja calidad y con mayor contenido en grasa y azúcares, a la vez que siguió ofertando alimentos artesanales y de alta calidad para los sectores de ingresos altos. La oferta de productos agroindustriales ricos en carbohidratos refinados y grasas saturadas no beneficia la salud de la población ya que producen un mayor aporte calórico que el requerido, a expensas de calorías pobres nutricionalmente. Estos condicionantes de la dieta junto con el desarrollo de hábitos poco saludables producto de la creciente urbanización, factores genéticos, y aspectos socio-ambientales

influyen y condicionan la presencia y el grado del sobrepeso y/o de la obesidad" (Pedraza, 2009; Erem, 2014; Torija, 2013).

De este modo quedan delimitadas las dimensiones sociales de la alimentación, las cuales deben analizarse en forma conjunta con la dimensión subjetiva o con el factor individual, es decir con aquello propio de cada individuo y de cómo este interioriza, en la práctica cotidiana lo sociocultural en función de su historia, su sociedad y su tiempo. Precisamente la obesidad constituye uno de los principales *estigmas sociales*, con el consiguiente costo psicológico individual que implica, como lo son la disminución de la autoestima, el trastorno de la imagen propia y del concepto de sí mismo, el aumento de la ansiedad y depresión entre otros afectos disfóricos. Alguien dice: *"hace mucho que no veo al espejo, creo que no podría soportar ver en lo que me convertí"*, otra persona dice: *"es imposible conseguir ropa, en todos los negocios te miran con una cara y te contestan para vos no tenemos talle, directamente ni salgo al centro"*, alguien dice: *"me cuesta mucho salir de mi casa, me di cuenta que hace bastante que no voy a un cumpleaños o salgo a comer afuera, no tengo que ponerme"*. Otra persona refiere: *"cada vez que me invitan a algún lado no voy, me cuesta salir, nunca encuentro ropa que me quede bien, cuando me siento a comer la gente me mira como diciendo ¿todo eso vas a comer?"*.

2.4 Sobrepeso y Obesidad:

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2011), la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la grasa corporal, asociada a mayor riesgo para la salud.

Pocas enfermedades crónicas han avanzado en forma tan alarmante en la mayoría de los países durante las últimas décadas como ha ocurrido con la Obesidad, motivo de preocupación para las autoridades de salud debido a las nefastas consecuencias físicas, psíquicas y sociales.

Datos de la OMS (2012) indican que desde el año 1980 la obesidad ha aumentado a más del doble en todo el mundo. En el año 2008, 1.500 millones de adultos tenían exceso de peso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos, por lo cual la

OMS ha declarado a la obesidad y al sobrepeso con el carácter de epidemia mundial.

La clasificación actual de Obesidad propuesta por la OMS (2012) está basada en el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura, expresada en metros. De esta manera, las personas cuyo cálculo de IMC sea igual o superior a 30 kg/m^2 se consideran obesas.

Clasificación de la obesidad según la OMS:

Clasificación	IMC (kg/m ²)	Riesgo Asociado a la salud
Normo Peso	18.5 – 24.9	Promedio
Exceso de Peso	≥ 25	
Sobrepeso o Pre Obeso	25 - 29.9	AUMENTADO
Obesidad Grado I o moderada	30 – 34.9	AUMENTO MODERADO
Obesidad Grado II o severa	35 - 39.9	AUMENTO SEVERO
Obesidad Grado III o mórbida	≥ 40	AUMENTO MUY SEVERO

Para el *Instituto Argentino de Alimentos y Nutrición (IAAN)* (2011) hay obesidad a partir de un IMC de 25, debido a que numerosos estudios muestran que la asociación con riesgos para la salud comienza a partir de estos valores. Por otro lado, también ha propuesto la necesidad de distinguir subgrados de obesidad severa, ya que los riesgos y complicaciones aumentan con el peso, estableciendo diferencias significativas entre los distintos rangos de IMC. Por esta razón, ha propuesto una clasificación alternativa a la de la OMS:

Denominación	IMC	Exceso de kilos	Riesgo de complicaciones
--------------	-----	-----------------	--------------------------

BAJO PESO			
Bajo peso Rango Normal	<18.5	–	Leve a severo
NORMAL			
Normal	18.5-24.29	–	Bajo
OBESIDAD			
Obesidad I	25 a 29,9	1 a 15	Promedio
Obesidad II	30a 34.9	15 a 35	Moderado
HIPEROBESIDAD – OBESIDAD MORBIDA			
Obesidad III	35 a 39.9	35 a 50	Severo
Obesidad IV	40 a 49,9	50 a 80	Muy severo
SUPEROBESIDAD – OBESIDAD MORBIDA			

Universidad del Norte Santo Tomas de Aquino
 Discurso Familiar y Obesidad - Ana Emilia Zermoglio

Obesidad V	50 a 64,9	80 a 110	Muy severo
Obesidad VI	65 a 79,9	110 a 150	Muy severo
Obesidad VII	80 a 99,9	150 a 200	Muy severo
Obesidad VIII	100 ó más	+ de 200	Muy severo

“En Argentina el 3,5% de la población adulta presenta obesidad severa y muy severa. En este subgrupo, las mujeres representan el 57,3% y 65,9% para cada tipo. Algo más del 11% presenta obesidad clase 1, siendo en este caso mayoritariamente hombres. Esta tendencia se reproduce en la población adulta con sobrepeso (34,8%), en la que los hombres representan casi el 60% de los casos” (OMS, 2005:8)

La Argentina atraviesa un proceso de transición nutricional, que afecta a todas las poblaciones del mundo, con características particulares y una gran heterogeneidad dentro de las provincias y regiones que la componen.

“Los cambios en la alimentación, junto a los estilos de vida están atravesados por las condiciones socioeconómicas cambiantes producto de las crisis económicas vividas por el país en las últimas décadas. La región del noroeste argentino (NOA) en particular presenta los más bajos indicadores de desarrollo humano que se articulan con una cada vez más creciente evolución hacia la obesidad, particularmente en los estratos más pobres de la sociedad, en los que además de las estrategias alimentarias acordes al presupuesto familiar juegan otros factores, de orden cultural, relacionados a los estratos más pobres que perciben la gordura como signo de prosperidad” (Lomagio, 2012:30).

La actual epidemia de obesidad no puede explicarse sólo a partir de una tendencia genética ni de decisiones individuales. La hipótesis del *medioambiente tóxico* supone que determinadas características del entorno que caracteriza al estilo de vida occidental, como la sobreabundancia de alimentos procesados, sedentarismo impulsado por trabajos de oficina que requieren poca actividad física, el uso de vehículos, el aumento del uso de la TV y las computadoras, y otras tecnologías de ahorro de esfuerzo, podrían sumarse a la predisposición genética para el desarrollo de la obesidad.

Desde hace años el tratamiento para la obesidad se ha basado en dos pilares fundamentales: los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física, basados en las investigaciones que sugieren que los factores causales asociados al desarrollo de obesidad son la ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarios. Aun hoy, son muchos los profesionales de la salud que basan el tratamiento solo en estos principios.

Pero esta mirada es reduccionista.

“La modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, pero para ser sostenidos en el tiempo es necesario prestar atención a otras variables”.
(Cormillot, 2008; Silvestri, 2013).

Obesidad y ciclos de vida del adulto:

En CIDESA, los grupos terapéuticos se componen por pacientes cuyas edades oscilan entre los 20 y 40 años, por lo tanto, considero de relevancia exponer las características psicológicas de esta franja etaria.

La edad adulta es aquella en la que el organismo humano ha alcanzado su pleno desarrollo. Los humanos cambian y crecen en muy diversos aspectos durante el período de los 20 a los 40 años, (edades límite aproximadas que la mayoría de los estudiosos han establecido para definir al joven adulto). Durante estas 2 décadas se toman muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito del individuo. Es en esta etapa de la vida cuando la mayoría de las personas dejan el hogar paterno, obtienen el primer trabajo, se casan, tienen hijos y los crían, es decir, tiene las principales transiciones Es una etapa de estabilidad relativa y de vigor

físico que se divide en 3 fases: adultez temprana, mediana y tardía, aunque no existe consenso en cuanto a la edad de comienzo y finalización de cada una de ellas.

- *Adultez temprana:* En lo biológico, las funciones están en su máximo funcionamiento, en cuanto a lo social se trata de una fase de importantes cambios en los ámbitos de la vida profesional y familiar, en la apropiación de roles requeridos para la ejecución de tareas como la elección de un compañero/a, comienzo de una actividad laboral, convivencia marital, paternidad y cuidado de los hijos, atención del hogar, entre otras.
- *Adultez media:* En esta etapa las personas participan plenamente en las actividades sociales, la mayor parte ha encontrado el modo de subsistencia propio y el de su familia y el momento en el cual, habiendo terminado la crianza y cuidado de sus hijos, esta actividad suele suplantarse con el cuidado y la preocupación por sus propios padres, cuando estos existen. Se consolidan los roles sociales y profesionales. Se caracteriza por el descenso de habilidades sensoriales y la capacidad física, es un periodo fructífero con respecto al trabajo profesional y creativo, pero al mismo tiempo este afecta el bienestar físico y emocional. Para Salvarezza (2009) esta época puede ser sentida como la *flor de la vida*. La experiencia acumulada y las condiciones estabilizadas en las relaciones interpersonales hacen que, en general, les resulte fácil responder a las demandas del entorno social y mantener adecuadas performances físicas, atléticas o deportivas, aunque, deban a veces, ser modificadas por la experiencia y por algún grado de limitaciones. Para otras personas, la mediana edad se constituye en un nicho ecológico, es decir en una suerte de refugio, dado que se han adaptado a un entorno limitado y que sus ajustes a las actividades de la vida cotidiana se reducen a una rutina regular, lo que les proporciona sentimiento de seguridad.
- *Adultez mayor:* La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y hacer uso de su experiencia para

hacer frente a los cambios personales o pérdidas. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación o retiro del trabajo y a su propia muerte.

Tratamiento del paciente obeso:

En este trabajo integrador final nos centramos en el estudio de la incidencia del discurso familiar en el tratamiento de adultos con sobrepeso y obesidad, por lo cual considero de relevancia exponer las características del tratamiento propiamente dicho.

Las enfermedades crónicas deben ser tratadas con paciencia, ya que implican un cambio en el estilo de vida, es un tratamiento que requiere de la responsabilidad total por parte del paciente y su familia.

“Los miembros de la familia sirven como modelos, refuerzan y apoyan la adquisición y mantenimiento de las conductas alimentarias y de ejercicio”.
(Vázquez Velázquez, 2004: 141)

Desde la primera entrevista es necesario que el paciente tenga la idea que se trata de un padecimiento crónico, que deberá tratarse no tan solo individualmente, sino que deberá incluir a toda la familia, debido a que el ambiente familiar puede influir en la persistencia de esta enfermedad.

“Una entrevista tiene su clave fundamental en la investigación que se realiza en su decurso. Las observaciones que se registran en la misma lo son siempre en la función de hipótesis que va emitiendo el observador”
(Bleger,;13)

La entrevista es un instrumento fundamental del método clínico, y es una técnica de investigación de la psicología, la misma logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica.

“La entrevista puede ser de dos tipos fundamentales: abierta y cerrada. En la segunda, las preguntas ya están previstas, tanto como lo están el orden y la forma de plantearla, y el entrevistador no puede alterar ninguna de estas disposiciones. En la entrevista abierta, por el contrario, el entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o para las intervenciones, permitiéndose toda la flexibilidad necesaria en cada caso particular” (Bleger,;2).

Es de gran importancia hablar con los pacientes para determinar el grado de conciencia de los mismos respecto a su necesidad de perder peso, ya que este

objetivo requerirá de concentración y esfuerzo sostenido. Alguien dice: *“no me había dado cuenta de lo mal que estaba hasta que llegue a la clínica, todo el mundo me decía que haga un tratamiento, que deje de comer, pero realmente no había tomado conciencia de lo grave de mi situación”*.

Garcia Arzeno (1993) plantea la importancia de captar lo que el paciente nos transfiere y lo que esto suscita en nosotros, es importante poder detectar que tipo de vínculo trata de establecer el paciente con el psicólogo, porque esto indica de qué manera específica siente su contacto con él

Es de relevancia investigar el motivo de consulta, el cual puede ser manifiesto o latente. El motivo manifiesto es el síntoma que preocupa al que solicita la consulta, por lo general el motivo es otro lo que denominamos motivo latente.

Antes del tratamiento, se deben examinar las razones que tiene el paciente para bajar de peso y cuáles son sus expectativas con respecto al tratamiento. Alguien dice: *“yo vine a la clínica porque vi la propaganda en la avenida, cuando llegue esperaba bajar 20 kilos más o menos, cuando el doctor me dijo que tenía que bajar 50 kilos casi me muero”*, otra persona dice: *“vine porque mi mama me volvía loca con que tenía que hacer algo para bajar de peso, realmente ya no podía subir las escaleras porque me sentía muy agitada”*.

En la medida que exista congruencia entre los objetivos del paciente y de su familia, será más fácil el cambio y por consiguiente, el mantenimiento de este nuevo estila de vida. Alguien refiere: *“mi novia me inscribió, y me obligo a venir, veremos qué pasa”*.

3. Metodología:

Para este trabajo integrador final se realizó una investigación cualitativa, ya que el lenguaje, la interacción mutua entre autores, la construcción de significados y el contexto en el que actúan son parte constitutiva central del tema a investigar, donde el argumento teórico y la evidencia empírica, teoría y datos se construyen interactivamente.

Las principales estrategias para producir datos en la investigación cualitativa son, la entrevista semi-estructurada y la observación participante y no participante; todo tipo de texto escrito, cartas, documentos, registros y otras publicaciones.

El método utilizado es el etnográfico, su propósito es estudiar la vida social y cultural de una comunidad, vecindario, grupos humanos lo más naturalmente posible y en profundidad

Lo característico de este método es la relación directa vivida por el investigador en una sociedad.

BIBLIOGRAFIA:

- Agras, Mónica (2001). *La mirada del Otro... ¿nos condiciona?* Revista Crecimiento Interior N° 77, Año 8, Disponible en Internet en: http://www.deon.com.ar/77mirada_del_otro.html Recuperado 04/07/2015.
- Ana P. de Quiroga, "Las relaciones entre el proceso social y la subjetividad hoy" (2002)
- Ministerio de Salud de la Nación (2016). *Obesidad: determinantes, epidemiología y su abordaje desde la salud pública*. Boletín de Vigilancia N° 8 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.
- Cañameres, Esteban. (2002) ¿Por qué no puedo adelgazar? Causas psicológicas de la obesidad. Editorial ALGABA. España. Disponible en internet <https://books.google.com.ar/books?id=yA39-s-dP7MC&pg=PA273&lpg=PA273&dq=ca%C3%B1ameres+esteban+%C2%BFporque+no+puedo+adelgazar?&source=bl&ots=pG6cxROoXl&sig=V16VTdvMKAbt93YxbDQbqXnwl8l&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiwtqCfnvHNAhUJCpAKHc2tDFUQ6AEIIDAB#v=onepage&q=ca%C3%B1ameres%20esteban%20%C2%BFporque%20no%20puedo%20adelgazar%3F&f=false> Recuperado el 13/07/2016
- Chandler, Eduardo; Rovira Bernardo. (2002). Obesidad: aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales. Revista Actualidad Psicológica, N°300. Agosto 2002.
- Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2010), *Metodología de la Investigación* 5ª Edición McGraw-Hill Interamericana Editoriales.
- Hernández, María Inés (2005). *Cultura postmoderna: su influencia en el quehacer del psicólogo*, ficha de cátedra materia Antropología Cultural, UNSTA.
- Cormillot, Alberto (2006). Diccionario de obesidad. Disponible en internet: <http://drcormillot.com/diccionario/obesidad/> Recuperado el 10/07/2016
- Lomaglio, D. B. (2012). *Transición nutricional y el impacto sobre el crecimiento y la composición corporal en el noroeste argentino (NOA)*.

Comentario [M1]: Corregir cita (ver pdf NORMAS APA)

Comentario [M2]: Corregir cita (ver pdf NORMAS APA)

Comentario [M3]: No van los nombres, sino iniciales, corregir cita. Ver pdf NORMAS APA.

Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria, 30-35. Disponible en Internet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4190347>
Recuperado el 12/07/2016.

- Organización Mundial de la Salud (2012). *Obesidad y Sobrepeso*. Nota descriptiva N°311. Disponible en Internet en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> Recuperado el 12/07/2016.
- Seijas Buschiazzo, Daniel; Feuchtman Saez, Christian. (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1997; 26:38-41. Disponible en internet <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad10.html> Recuperado el 13/07/2016
- VAN DIJK Teun A, Ideología y análisis del discurso Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España. Afio 10. N° 29 (Abril Junio, 2005) Pp. 9 – 36
- Van Dijk, T. A. (comp.) (1985) *Handbook of Discourse Analysis* (4 vols.). Londres: Academic Press.
- Van Dijk, Teun A. . La multidisciplinaridad del análisis crítico del discurso: un alegato en favor de la diversidad. Barcelona: Gedisa, 2003.
- Van Dijk, Teun A. Ruth Wodak & Michael Meyer, Métodos de análisis crítico del discurso. Barcelona: Gedisa, 2003., pp. 143-177
- Psicología del desarrollo: adultez y vejez. Disponible en internet : <https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=K8XALshsHLAC&oi=fnd&pg=PR11&dq=adultez+temprano&ots=jDqeB-AER8&sig=RgRvCmk4WgX8Ed33e3hldOXDKV0#v=onepage&q=adultez%20temprano&f=false> Recuperado el 16/07/2016
- Anamelí Monroy López. Dra en Psicología. Hospital de México. (Diciembre 2005). Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor Disponible en internet: http://www.amapsi.org/portal/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=103 Recuperado el 19/07/2016
- Salud Familiar y Desarrollo Socio Cultural
- Rev Argent Salud Publica, Vol.1 - N°5, Diciembre 2010)

Comentario [M4]: No van los nombres, sino iniciales.

Comentario [M5]: No va el nombre sino iniciales.

Comentario [M6]: Cursiva.

Comentario [M7]: Corregir: no va nombre sino iniciales, va en cursiva el nombre de la obra, el año no va al final sino a continuación del autor.

Comentario [M8]: Corregir, ídem a las correcciones anteriores, ver pdf NORMAS APA.

Comentario [M9]: Completar cita

Comentario [M10]: corregir

• OBESIDAD Y POBREZA: MARCO CONCEPTUAL PARA SU ANALISIS

www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/11.pdf

- pegasus.cc.ucf.edu/~drbryce/Stages%20of%20Change.doc
- <http://www.fesnad.org/resources/files/Publicaciones/RevNutCom/3.pdf>
- www.redalyc.org/html/1800/180020298002/
- www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_1_07/est08107.html
- [ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.../TESIS%20FINAL%20YA RELI.pdf?...1](http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.../TESIS%20FINAL%20YA%20RELI.pdf?...1)
- http://www.espiraldialectica.com.ar/espiral/pdf/quiroya_las_relaciones.pdf
- <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Bleger.pdf>
- https://drive.google.com/file/d/0BzH20_Ds87woR2RvRWp1OXdxS1k/view?pli=1

Comentario [M11]: es un borrador.

Comentario [L12]: Nancy todavía no ordene la parte de referencias como vos me mandaste por eso está en este estado