

Universidad del Norte de Santo Tomas de Aquino
TRABAJO INTEGRADOR FINAL (TIF) Facultad de Ciencias de la Salud
Lic. En Psicología - Año 2017

**“IMPORTANCIA DE LOS FACTORES PSICOLOGICOS EN EL ABORDAJE DE LA
OBESIDAD”**

Maria Luz Aragon Ceballos

Directora de TIF : MG Nancy del Valle Garcia

INDICE

Introducción.....	3
Obesidad: concepto, clasificación y etiología.....	5
Variables Psicológicas.....	8
Alteraciones Psicológicas más frecuentes.....	10
Factores Psicológicos y familiares.....	15
Líneas de Abordaje Terapéutico.....	23
Perspectiva Psicoanalítica.....	23
Perspectiva Cognitivo Constructivista.....	24
Grupos Operativos.....	25
Elementos claves: Motivación y Psicoeducación.....	26
Metodología.....	28
Descripción de la Institución.....	28
Materiales y Métodos.....	29
Experiencia de Campo.....	29
Articulación teórico-práctica.....	35
¿Por qué no basta con la dieta y el ejercicio físico?.....	35
Ambiente Obesogénico.....	37
El Grupo.....	39
Rol del Psicólogo.....	41
La obesidad como obstáculo para el encuentro con el otro.....	44
El valor funcional del síntoma.....	46

Imagen Corporal.....	49
Papel de la Familia.....	51
Estrategias de abordaje.....	53
Conclusiones.....	60
Propuestas.....	63
Bibliografía.....	65

INTRODUCCIÓN

La obesidad se considera una enfermedad epidémica en todo el mundo. En Argentina el 53.4% de la población tiene exceso de peso de acuerdo a datos revelados en el año 2014 por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El porcentaje promedio de obesidad constituye el 18%. En Tucumán la obesidad fue en aumento por arriba de la media nacional: en 2005 fue del 17% y en 2009 superó el 21% según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada por el Ministerio Nacional de Salud.

Si bien en Latinoamérica conviven la desnutrición y el exceso de peso, en la mayoría de la región prevalecen las políticas para la lucha contra la desnutrición.

Durante años, el tratamiento para la obesidad se ha basado en dos pilares: planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física. Sin embargo, esta mirada es reduccionista: la modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad deportiva son esenciales, pero para ser sostenidos en el tiempo resulta fundamental considerar otras variables (Silvestri y Stalvile, 2005).

Los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad. El rechazo, el riesgo a pensar que merecen ser maltratados, ansiedad, depresión, desmotivación y soledad son algunas de las consecuencias que implica la obesidad más allá del grado de afectación física.

De acuerdo a Silvestri y Stalvile (2005), la obesidad no sólo expone a quien la padece a cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a trastornos de la conducta alimentaria y/o distorsión de la imagen corporal.

Este trabajo pretende mostrar la importancia de los factores psicológicos puestos en juego a la hora de trabajar con pacientes con obesidad, tomando como base la experiencia obtenida en el marco de las prácticas profesionales supervisadas en la carrera de Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, en

el Centro Integral de Salud Alimentaria conocido como CIDESA, ubicado en calle General Paz 516, en San Miguel de Tucumán. El mismo tiene 7 años de antigüedad, y ofreció la oportunidad de participar de grupos operativos que buscan promover vínculos y hábitos saludables con la alimentación, en el marco de un abordaje interdisciplinario.

El centro cuenta con un equipo conformado por médicos, nutricionistas, psicólogos y profesores de educación física. Su objetivo consiste en el tratamiento de trastornos alimentarios relacionados al exceso de peso y está destinado tanto a jóvenes y adultos como también a niños, realizando las adaptaciones necesarias.

El paciente obeso tiene una historia social que es parte de un sistema que favorece los procedimientos de riesgo hacia la obesidad. Resulta indispensable mantener una perspectiva integral del ser humano, porque no basta con tratar sólo el área médica y nutricional, sino también la psicológica, de manera que se evite una repetición del cuadro.

Esta patología tiene causas multifactoriales: se relaciona con la mala alimentación, el sedentarismo y la publicidad de la industria de los alimentos (bebidas azucaradas y comidas rápidas) que estimulan el apetito, como también a las causas genéticas, psicológicas y factores socioeconómicos.

Este trabajo pretende:

- Describir y explicar la importancia de los factores psicológicos en el mantenimiento de la enfermedad.
 1. Sistemas de creencias que dificultan el abordaje.
 2. Valor funcional del síntoma.
 3. Incidencia de la familia.
 4. Alteraciones psicológicas frecuentes: depresión, ansiedad e imagen corporal distorsionada.
- Analizar el rol del psicólogo.
 1. Descripción y aportes de los modelos: Psicoanalítico, Cognitivo Constructivista, Grupos Operativos.
 2. Uso de estrategias durante el tratamiento.

En una cultura que enaltece el éxito, la belleza entendida como delgadez, y la imagen por sobre el contenido, una persona con obesidad atraviesa diversos obstáculos: con ella misma, con sus relaciones, en el ámbito laboral y social.

Se trata de un sistema con doble discurso: por un lado se promueve el hedonismo y el consumo y, por otro, se establecen valores en términos de éxito e imagen inalcanzables que terminan generando insatisfacción y soledad.

Ante el mencionado escenario, la educación es un factor clave para el desarrollo de conductas alimentarias saludables, por lo que resulta fundamental desde la niñez promover una alimentación sana.

Obesidad: concepto, clasificación y etiología.

La obesidad es definida por VazquezVelazquez et al. (2008) como un problema de salud epidémico, metabólico, crónico, heterogéneo, estigmatizado, caracterizado por un aumento de grasa corporal cuya distribución y magnitud condicionan la salud del individuo.

El sobrepeso y la obesidad constituyen el sexto principal factor de riesgo de muerte en el mundo.

Una persona tiene sobrepeso cuando su índice de masa corporal es superior a 25, después de los 30 se denomina obesidad. Dicha diferencia se hizo con los fines de que en las obras sociales de Estados Unidos, no entraran en el sistema las personas con índice de masa corporal entre 25 y 30, porque el sistema de salud se vería colapsado.

Según la Organización Mundial de la Salud, la obesidad puede dividirse en:

Normopeso: IMC 18.5 – 24.9 Kg/m²

Sobrepeso: IMC 25 – 29 Kg/m²

Obesidad grado 1: IMC 30 – 34 Kg/m²

Obesidad grado 2: IMC 35 – 39.9 Kg/m²

Obesidad grado 3: IMC 40 – 49.9 Kg/m²

En la actualidad los trastornos de alimentación son un problema sanitario de gran relevancia. Dentro de ellos, el sobrepeso y la obesidad se consideran síndromes complejos multifactoriales; para algunos autores su etiología está relacionada con la occidentalización de los hábitos alimentarios y el

sedentarismo, mientras que otros postulan su condicionamiento preedípico asociado a la relación psicosomática. Otra variable relevante en la etiología es el contexto cultural que puede estar mediando entre las variables psicológicas, biológicas y la obesidad. (Begué, Galante, Gaudio, Goldberg y King, 2016).

Distintos procesos sociales (económicos, demográficos, culturales) son los que determinan una particular constelación de factores de riesgo como la abundancia de energía barata, barreras arquitectónicas al movimiento, construcción del gusto, entre otros, que conducen a la epidemia de la obesidad y sus comorbilidades (Begué, Galante, Gaudio, Goldberg y King, 2016).

Investigaciones realizadas por el Doctor Marcelo Rubinstein -investigador del CONICET-, demuestran que en Argentina hay más obesos que desnutridos. En 2013, se registraron 2100 millones de personas obesas en el mundo, de manera que la obesidad es tan grave como el hambre. Tanto la desnutrición como la obesidad son enfermedades que coinciden en afectar en mayor medida a los sectores de bajos recursos. La inequidad genera estrés, el pobre no come para disfrutar sino para llenarse y también por inseguridad porque no sabe si mañana va a tener para comer. Llenarse con fritos, harinas y azúcar, es mucho más económico que comer frutas y verduras.

En Argentina, 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 (como una baja o nula actividad física), factores genéticos, y aspectos socio-ambientales (como la ausencia de instalaciones deportivas y de recreación en espacios públicos, entre otros) influyen y condicionan la presencia y el grado del sobrepeso y/o de la obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La globalización del mercado que promueve el consumo excesivo de bebidas azucaradas y de productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional,

fue identificada como el mayor motor de la epidemia de obesidad. La regulación (o no) de los mercados, las políticas sociales y económicas, la entrada de la mujer al mercado laboral, los regímenes impositivos y el nivel de desigualdad social establecen las condiciones en las que los individuos, instituciones y empresas operan, constituyendo determinantes distales de la obesidad (Begué, Galante, Gaudio, Goldberg y King, 2016).

Por otro lado, la cultura culinaria, los sistemas de transporte, el diseño arquitectónico del ambiente, las oportunidades de actividades recreativas, la cultura en cuanto a la estética corporal, entre otros, constituyen moduladores que acentúan o atenúan el efecto de dichos determinantes distales. En este sentido, algunos autores definen a la obesidad como el resultado de personas respondiendo normalmente al contexto obesogénico en el que se encuentran inmersas (Begué, Galante, Gaudio, Goldberg y King, 2016).

Cabe señalar la gran influencia del marketing para generar necesidades y hábitos de consumo en las sociedades actuales tan mediatizadas, donde la problemática consiste en que los mensajes que las publicidades reflejan, generalmente, no se corresponden con las recomendaciones elaboradas desde la salud pública (Mozaffarian y Dariush, 2012).

El entendimiento de los determinantes multidimensionales de la obesidad resulta fundamental para poder elaborar intervenciones efectivas dirigidas al individuo a fin de generar hábitos saludables, pero aún más para establecer políticas que modifiquen el contexto obesogénico que constituye el principal condicionante de esta epidemia. En ese sentido, las medidas de prevención y control de la obesidad infantil son también necesarias, no sólo por su alto impacto económico y social sino además porque el riesgo de padecer obesidad en la adultez aumenta cuanto más temprana es la edad de comienzo de esta condición (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud, 2014)

Ante este panorama, Vázquez Velázquez (2008) afirma que desde la perspectiva de la salud pública resulta clave:

- Reforzar la noción de que la obesidad es una enfermedad que se puede padecer a cualquier edad.

- Transmitir la importancia de controlar la obesidad para evitar o retardar la expresión de comorbilidades.
- Informar a la comunidad sobre la forma de prevenirla.
- Capacitar a las familias y prestadores de servicio de salud sobre la manera correcta de determinar el peso adecuado para la estatura.
- Educar a la comunidad para llevar un estilo de vida saludable mediante el consumo de una dieta correcta, la realización de actividad física regular y reducción del sedentarismo.
- Promover que en las escuelas se expendan y consuman alimentos bajos en energía, grasas, azúcares simples y sal, y se destinen espacios adecuados para la realización de actividades deportivas.
- Regular la información sobre alimentos y bebidas industrializados en las horas de televisión y radio dedicadas al público infantil.
- Vigilar la oferta de alimentos y bebidas industrializadas en cuanto al tamaño de las porciones y el contenido calórico.

VARIABLES PSICOLÓGICAS

VázquezVelázquez (2001) afirma que aunque la obesidad es fácil de identificar, es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico, no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica. Si bien la obesidad no se considera un trastorno mental, se ha encontrado una relación entre el sobrepeso y la obesidad y ciertas alteraciones psicológicas, sin llegar a un consenso sobre la existencia de un perfil patológico de personalidad o de psicopatología en la obesidad (Luna, 2007).

Lacunza et al. (2015) recalcan que la bibliografía al respecto muestra que las alteraciones psicopatológicas son frecuentes en los sujetos obesos, particularmente los trastornos del estado de ánimo (sobre todo depresión), de la personalidad y de la conducta alimentaria, como el síndrome de ingesta nocturna o trastorno por atracón. Una hipótesis indica que las alteraciones psicopatológicas se deben a las limitaciones sociales y personales que ocasiona la obesidad, mientras que otra, contrapuesta, señala que los factores

psicológicos pueden influir en el inicio y desarrollo de la obesidad (Sánchez, Arias, Gorgojo y Sánchez, 2009).

Las causas del sobrepeso y la obesidad son diversas, pero parece estar claro que los factores psicológicos desempeñan un importante papel (Lacunza, Caballero, Salazar, Sal y Filgueira, 2013).

De acuerdo a Cabello y Zuñiga (2007), la génesis de la obesidad se relaciona con eventos de vida estresantes y la utilización de la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores. Bersh (2006), a su vez, señala que la comida se emplea como un objeto transicional, particularmente en el mundo occidental; de hecho, se recurre a ella para atenuar cualquier malestar emocional.

Sumado a lo anterior, ciertas características psicopatológicas tienen un peso relevante en la etiología y el mantenimiento de la obesidad; hay datos, por ejemplo, de que la depresión y la ansiedad son más frecuentes en las personas obesas (Bayle y González, 2011). También se han observado altos niveles de ansiedad, insatisfacción corporal y baja autoestima en población infantil-juvenil de 9 a 16 años (Cebolla, Baños, Botella, Lurbe y Torró, 2011).

Al analizar a pacientes obesos en tratamiento dietario, Abilés et al. (2010) hallaron que quienes tenían mayor dificultad para perder peso manifestaban más ansiedad, emotividad, dureza emocional y pérdida de control. En esta misma línea, Lacunza et al. (2011) encontraron que adolescentes obesos tucumanos mostraban retraimiento, ansiedad social y escaso autocontrol.

Hay asimismo controversia respecto a que exista un perfil de personalidad característico de los sujetos obesos; en tanto que algunos autores consideran que la obesidad determina cambios en la personalidad, otros argumentan que la presencia de obesidad se asocia con características específicas de aquella (Bravo, Espinoza, Mancilla y Tello, 2011; López et al., 2012; Ruiz, Santiago, Bolaños y Jáuregui, 2010).

Silvestri y Stavile (2005), han desarrollado una importante categorización de los factores psicológicos que influyen en el mantenimiento de la obesidad. Los mismos pueden ser entendidos como causas y/o consecuencias de esta patología, y de acuerdo a su nivel de afectación se determina el grado de obstáculos a enfrentar en el proceso de descenso y mantenimiento de un peso

saludable. Dicha categorización describe las alteraciones psicológicas más frecuentes y los factores psicológicos y familiares que pueden dificultar el tratamiento. La misma se detalla a continuación:

Alteraciones psicológicas más frecuentes

- Imagen corporal distorsionada:

La imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real (Cash y Pruzinsky, 1990). Slade (1994) sostiene que es la representación que se tiene del tamaño, contornos y forma del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus partes constitutivas.

Según Zukerfeld (2005), la imagen corporal definida como la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo se realiza a nivel de tres registros: forma, contenido y significado.

El registro de la forma, conocido como esquema corporal, hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto aspecto, postura, dimensiones (ancho, alto, espesor y peso), ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos.

El registro del contenido corresponde al registro de las percepciones propioceptivas, cenestésicas, habitualmente preconscientes y a las necesidades como hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, dolor, cansancio, etc.

El registro del significado se corresponde con el concepto de cuerpo erótico e incluye las representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes, la capacidad de comunicar y simbolizar, y crear relaciones vinculares intersubjetivas.

La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, autoestima y sentimiento de identidad.

Con respecto al registro de la forma, las personas con obesidad tienen distorsión en cuanto al tamaño corporal e insatisfacción y preocupación por su apariencia física. La alteración en este componente es la subestimación, donde el cuerpo se percibe en dimensiones menores a las reales.

Los trastornos a nivel del contenido, se expresan como dificultad en percibir, discriminar y nominar los afectos (sensaciones interoceptivas y sentimientos), fundamentalmente los registros de hambre-saciedad, ya que el alimento puede adquirir un valor atractivo y peligroso, generador y evacuador de tensiones psicobiológicas como una defensa frente al impacto de emociones que no pueden ser manejadas y/o toleradas por un aparato psíquico con predominio de un funcionamiento que tiende a la descarga de las mismas.

En cuanto al registro del significado, en la sociedad actual sobrepreocupada por la apariencia física, la persona con obesidad es juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad, que lleva a que muchas personas con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa, caracterizada por: preocupación estresante y dolorosa por la apariencia, más perturbadora e inhibitoria que una simple insatisfacción; timidez y vergüenza en situaciones sociales; incomodidad, angustia, cuando la apariencia es percibida por otras personas; excesiva importancia dada a la apariencia en la autoevaluación; autovaloración negativa en función de la apariencia y evitación de actividades por vergüenza de su aspecto físico.

La insatisfacción con la imagen corporal en la obesidad no solo es una motivación frecuente para intentar bajar de peso, sino que también puede ser un motivo importante y significativo impedimento y malestar crónico, ya que influye en los pensamientos, sentimientos y conductas repercutiendo en la calidad de vida de quien la padece.

- Síndrome de Descontrol Alimentario (Bingeeating)

Consiste en episodios recurrentes de atracones caracterizados por: ingesta en un corto periodo de tiempo, de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares; y sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio. Asimismo, va acompañado de un profundo malestar al recordar los atracones, tienen lugar al menos dos veces por semana durante seis meses, y el atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia o bulimia nerviosa.

El Síndrome de descontrol alimentario aparece principalmente en personas obesas en tratamiento en un porcentaje mayor a los obesos sin tratamiento, y es más frecuente en mujeres que en hombres.

- Ansiedad

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro, que no solamente es externo y objetivo sino que también puede ser interno y subjetivo.

El comer, o más específicamente el masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar un forma de desgarrar y triturar (actividad un tanto agresiva) se transforma en una forma de reducir la ansiedad, forma rápida y pasajera pero al alcance del paciente.

Cuando el motivo de la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de manera frecuente se alivia comiendo.

Las causas más frecuentes que despiertan una ansiedad crónica son:

1. Miedo a ser abandonado, quedar desvalido, desatendido, olvidado por los seres más cercanos e importantes.
2. Miedo a no controlar impulsos sexuales.
3. Miedo a perder la estabilidad laboral y económica.
4. Miedo a la despersonalización: puede aparecer en personas “normales” debido a cambios bruscos en su vida que se alivian comiendo de manera exagerada.
5. Miedo a que la vida se deslice por senderos imposibles de controlar: sobre todo cuando hay situaciones que superan la capacidad de adaptación de la persona.
6. Miedo a no alcanzar metas personales o estándares sociales.
7. Miedo a la repetición de acontecimientos traumáticos.

La ansiedad puede adoptar diferentes formas pero la más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir, aquella que no tiene niveles muy elevados pero que es permanente.

- Manifestaciones depresivas.

En esta psicopatología se pueden describir las siguientes características:

1. Quien la sufre parece incapaz de atender, percibir y procesar los estímulos y situaciones gratificantes. Toda su atención y trabajo interno se centran en lo negativo.
2. Pérdida de interés por las actividades que antes resultaban satisfactorias.
3. Insomnio o serias dificultades para conciliar un sueño reparador.
4. Cansancio, dolores musculares, estreñimiento.
5. Incapacidad para hacer frente a sus obligaciones familiares, laborales y sociales habituales.
6. Pérdida del apetito.
7. Bajo nivel de autoestima.
8. Excesiva preocupación por el estado de salud.
9. Irritabilidad, baja concentración.
10. Autorreproches por ser incapaz de salir de la situación depresiva.
11. Sentimiento de culpa e incompetencia.
12. Sentimientos no reconocidos de agresividad hacia los demás, que se vuelcan hacia uno mismo.
13. Ideas más o menos concretas de suicidio.

Dichas características o parte de ellas están presentes de manera permanente, no ocasional, y su duración varía desde meses a años.

El comer en exceso ciertos alimentos puede contribuir a cerrarle paso a la depresión. Algunas personas con ánimo decaído, que no llegan a tener una auténtica depresión, tienen necesidad de consumir alimentos como el chocolate, carne, y otros ricos e hidratos de carbono.

Los alimentos mencionados aumentarían el nivel de serotonina, neurotransmisor disminuido en esta patología. De manera que esos kilos de más, debido al consumo de alimentos muy calóricos, sería el precio que la persona paga para contener su depresión.

Dado que las personas obesas no suelen estar contentas con su imagen corporal, que frecuentemente se aíslan del contacto visual o no se animan a

iniciar contactos eróticos por temor al rechazo, etc. se puede establecer un círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto de reducir la insatisfacción y la amenaza de depresión.

De acuerdo al DSM IV, dentro de los trastornos del estado de ánimo se describe, dentro del episodio de depresión mayor, al trastorno alimenticio como uno de los criterios para su diagnóstico. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer, otros pueden tener más apetito, con apetencia de determinados alimentos (dulces por ejemplo). Cuando las alteraciones del apetito son graves, sea en la dirección que sea, puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso.

- Trastornos de la sexualidad.

1. Insatisfacciones sexuales que se pagan comiendo.

El contacto sexual con otra persona puede deparar altos niveles de placer, sin embargo, el deseo frustrado de esta satisfacción ocasiona también mucha insatisfacción. Y si ésta se mantiene durante mucho tiempo, se tiende a buscar otra satisfacción que, aunque de manera imperfecta, la compense. Son muchos los placeres que se pueden exagerar con tal de amortiguar la insatisfacción sexual, uno de ellos es el placer de comer, de forma que se utiliza la comida como satisfactor de necesidades que nada tienen que ver con lo nutricional.

2. Miedo a relaciones sexuales que se dificultan engordando.

El miedo a entrar en una relación afectivo-sexual puede provocar a nivel inconsciente que algunas personas se permitan engordar o no sean eficaces en sus intentos por adelgazar, para de esta manera, ser menos atractivas y dificultar la relación sexual que tanto temen, incluso aunque la deseen. Esto puede ocurrir en:

Mujeres que están en pareja que temen ser infieles.

Chicas jóvenes con miedo a iniciarse en el mundo de la sexualidad activa.

Mujeres asustadas de su gran capacidad erótica y que temen quedar atrapadas por una adicción al sexo.

Personas acostumbradas en la infancia a ser llamativamente obedientes, incapaces de contradecir una norma, que gracias a eso se aseguraron el cariño de los mayores, y que al llegar a la etapa adulta son incapaces de

desprenderse de prohibiciones, tabúes, miedos y aprensiones que aprendieron a tener respecto a la vida sexual.

Miedo a la intimidad con otra persona, el cual afecta más a los hombres y consiste en el temor a depender de alguien, a que ese alguien se convierta en fundamental para su vida, a que conozca lo más íntimo de uno mismo, a que esté tan cerca que lo haga vulnerable. Evitando las relaciones sexuales se pone un tope a la intimidad y en estos casos la obesidad resulta muy útil.

Personas que no desean tener relaciones íntimas, afectivas o sexuales con su pareja.

En personas con estructura neurótica, muy fáciles de ofender y con baja autoestima, se pueden observar rasgos de seducción, humor lábil, con historia de dificultades genitales tales como frigidez, vaginismo, rechazo sexual, etc. Si bien, ninguno es patognomónico de la obesidad, nos refieren una disfunción psíquica. En estos pacientes la obesidad constituye un refugio seguro.

3. Aparición de la obesidad como respuesta a la pérdida de un ser querido.

Suele observarse en algunas personas obesas que pierden peso cuando se enamoran y lo recuperan cuando pierden al ser querido.

En estos casos el sujeto elige el objeto comida, porque “ella” no abandona. Como el comer vorazmente acarrea obesidad, acarrea rechazo social, con el consiguiente deterioro de la autoestima, y ese dolor, a su vez, busca ser calmado con comida. Se establece un ciclo que gira en torno a sí mismo, produciendo un vacío psíquico.

4. Estar obeso como forma de agredir al compañero.

En algunas parejas envueltas en una lucha por reducir, limitar o infravalorar al compañero, la obesidad puede ser una forma de desagradar al otro, sobre todo si el compañero le otorga especial importancia a la estética.

Factores psicológicos y familiares que pueden dificultar el tratamiento.

- Valor simbólico de los alimentos.

Muchos alimentos además de sus cualidades nutricionales, tienen un valor simbólico y emocional por estar asociados a recuerdos buenos o malos, situaciones, personas, etapas de la vida, etc.

Existen asociaciones compartidas por la población, por ejemplo asociar una torta a una celebración, pero hay asociaciones más individuales y de importantes consecuencias cuando de adelgazar se trata y puede aparecer ligado a distintas circunstancias: cuando ese alimento era elaborado de manera especial; cuando va unido a la presencia de una persona importante; cuando su consumo era recibido como premio; cuando era consumido en situaciones angustiantes; y también cuando es asociado a un encuentro gratificante con otros significativos.

El no comer lo que apetece con intensidad, o el comer algo por “última vez”, suele ser prelude de atracones. Por lo tanto, prescindir de los alimentos de gran valor simbólico-emocional, puede socavar los esfuerzos por cumplir con un plan alimentario.

- Miedo a estar delgado.

Existen personas que de manera consciente e inconsciente manifiestan su miedo a adelgazar. Personas que en sus recuerdos infantiles establecen una asociación entre perder peso, la delgadez y el sentir hambre, la enfermedad, el miedo y la muerte.

Generalmente, son personas de la tercera edad que participaron en guerras, calamidades, catástrofes naturales o ruinas económicas. Suelen acaparar alimentos, tener reservas exageradas de comida, consumir todo lo que halla en el plato, ya que dejar algo de comida o tirarla significa gran remordimiento y malestar.

También se da en jóvenes, que aunque no vivieron el hambre y desventuras de sus padres, tienen (en menor medida) temor a la desnutrición. Se trata de personas poco diferenciadas de sus progenitores, incapaces de tener puntos de vista, esquemas e intereses propios, y que viven como suyos los miedos más o menos comprensibles de sus padres. También suele estar presente la creencia errónea de que deben perder el contacto afectivo y emocional con sus padres si quieren crecer.

Otro miedo a la delgadez se da en los hombres, generalmente en la segunda mitad de la vida, y en ambientes socioculturales no muy desarrollados. En estos casos se dá una curiosa asociación que dificulta adelgazar cuando un médico lo recomienda. Estar más delgado equivaldría a ser menos fuerte, esto implicaría ser menos viril y por ende tener menos potencia eréctil. El miedo a la pérdida de su potencia sexual hace que prefieran correr riesgos para su salud.

Por otra parte, también se puede encontrar el miedo a adelgazar en otro sentido, generalmente se trata de mujeres que llegan a convertirse en profesionales de los intentos de adelgazamiento. Su actividad principal es ir de médico en médico, iniciar nuevo régimen, pesarse en la farmacia y exponer lo que han subido o bajado a la farmacéutica, etc. Son carentes de auténticas relaciones humanas satisfactorias, de proyectos estimulantes a nivel laboral, académico, deportivo. Suelen ser mujeres solas, que ya no son imprescindibles para sus hijos o para sus padres fallecidos, y que se convierten en el objeto de sus propios cuidados y que, a falta de otros achaques, se centran en su exceso de peso para poder satisfacer su necesidad de seguir siendo útiles, cuidadoras y tener tema de conversación.

La necesidad de adelgazar, el exceso de peso y el resultado mayor o menor del régimen, se convierten en el centro de sus vidas. Por eso, para estas personas resulta peligroso alcanzar el peso apropiado y mantenerse en él. El vacío, la falta de sentido y la depresión se hacen más evidentes e insoportables cuando ya no es novedad alcanzar el objetivo, buscando como solución volver a empezar.

Naturalmente, este proceso no es buscado conscientemente por la persona que lo padece, sino que es dirigido por emociones que en parte desconoce e intenta satisfacer de la manera que puede.

- La obesidad como forma de evitar situaciones deseables.

El ser humano tiene una tendencia natural a perseguir cosas o situaciones que le resultan gratificantes. Sin embargo, con frecuencia, una situación deseada puede estar unida a otra temida.

La obesidad muchas veces sirve como excusa para no lograr aquello que se desea.

Miedo a la vida social, a mantener relaciones sexuales, a entrar en una nueva etapa de desarrollo, a la intimidad psicológica y afectiva de la vida en pareja, a la infidelidad, entre otros. Todas estas situaciones son deseables pero también implican un temor, la obesidad no es la causa de las limitaciones, sino la excusa para mantenerlas.

- Desequilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones.

La estabilidad psíquica requiere mantener cierto equilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones. Cuando de manera más o menos permanente, la balanza se inclina del lado de la insatisfacción, las personas necesitan reponer el equilibrio perdido para mantener la salud psicológica.

Algunas personas, consciente o inconscientemente, exageran el placer de comer como forma de compensación a las insatisfacciones permanentes en algún área de su vida.

Este mecanismo de compensación puede ser un obstáculo para la realización de un plan alimentario, ya que sustituyen placeres que compensen la insatisfacción sufrida por el placer que genera comer.

- La obesidad como forma de castigo.

En la cultura judeocristiana los conceptos de castigo y culpa van unidos. El castigo “paga” las obras malas, calma la culpa y salda las deudas con la sociedad. Esta penitencia puede ser determinada por otro o ser la propia persona la que se la imponga.

La obesidad o la incapacidad de adelgazar eficazmente y mantener un peso saludable, al ser algo negativo para la sociedad, se constituye como un buen castigo. Las burlas, la ausencia de miradas de deseo, la incomodidad de la ropa apretada, el cansancio y la torpeza en los movimientos, y, sobre todo, mirarse al espejo y no gustarse, es un castigo apropiado para personas que se sienten culpables o pecadoras.

Lo que causa sentimiento de culpa es inherente a cada persona de acuerdo al código de valores y a la versión subjetiva que cada uno tiene. Entre las situaciones que pueden generar culpa comúnmente se encuentran:

- Deseos, tentaciones o fantasías de infidelidad.

- Sensación de no brindar en el ámbito afectivo todo lo que debería darse a los seres queridos.
- Haber perjudicado a una persona.

Suele afectar más al sexo femenino y en la mayoría de los casos es inconsciente.

- Comer como mecanismo evasivo.

En muchos casos, la comida es una vía de escape para no pensar en los problemas. Es una estrategia de evasión, dejando los problemas en espera en lugar de enfrentarlos y resolverlos.

Algunas personas comen para escapar de grandes decisiones como la profesión o el matrimonio, otras para no afrontar y rectificar las malas decisiones tomadas, y en otros casos porque no pueden hacerle frente a un viejo trauma.

Comer quita toda situación incómoda y otorga una mejoría temporal, que no resuelve ni elimina el problema.

Dicha conducta es aprendida, ya sea por: influencia de los padres al consolar con la comida; cuando otros importantes utilizan la comida como mecanismo evasivo; y también porque la educación y los medios de comunicación fomentan este tipo de hábitos.

En general se presenta en personas que tienen dificultad para identificar sus sentimientos y autoafirmarse, suelen en su mayoría ser mujeres.

- Necesidad de identificarse con un obeso.

Cuando las personas no consiguen llegar a un nivel de maduración e individuación en el que son capaces de mantener un contacto afectivo con las personas que fueron vitales en su vida y a la vez modificar su estilo de vida de acuerdo a sus necesidades, quedan atrapadas copiando un modelo con el que se habían identificado.

Dicha situación puede darse como consecuencia de:

- Pérdidas graves o fallecimiento de un ser querido. La necesidad de cercanía a esta persona es muy superior al deseo de adelgazar.

- Carencia de atención, seguridad, cuidados, cariño y cercanía de una persona fundamental para el niño o adolescente. De manera que al sostener la obesidad, obtiene la sensación de ser la madre deseada, y de que al adoptar su forma de ser y estar, es como si estuviera presente. Ésto hace soportable su ausencia y amortigua la rabia de que no haya brindado todo lo necesario a nivel afectivo.
- Malos tratos físicos o psíquicos. La víctima necesita sentirse más cerca del agresor y parecerse, para obtener seguridad.
- En aquellos que han recibido de la persona con la que se identificaron, importantes sumas de cariño, guía, consuelo y protección. Y por ende, eligen seguir ese modelo de vida, imitando los malos hábitos alimentarios.
- Imposibilidad de percibirse como un ser con existencia propia, independiente de su ser allegado por excelencia. Adelgazar en estos casos suele percibirse como “la pérdida de la otra mitad de su persona”, lo que dificulta el descenso de peso.
- Identificación Negativa. Hay personas que necesitan estar obesas o descuidar su físico para “no ser”, para diferenciarse o contrariar a alguna persona muy importante que las ha dañado.

Cuando la persona de la que intenta apartarse es delgada, debido a que cuida mucho su alimentación y estética, se recurre a lo inverso a lograr distanciarse.

- La obesidad como destrucción de la figura femenina.

No es frecuente y, cuando se presenta, suele darse en mujeres con obesidad mórbida.

Se trata de personas que no están satisfechas con su esencia femenina, no tienen adecuada identidad sexual y se resisten a adoptar el papel de mujer que la sociedad les otorga. Son poco femeninas y mantienen gran rivalidad con el sexo masculino.

La obesidad es un recurso para disimular la esencia femenina no sólo en términos de figura, sino también en algunas funciones típicas del organismo femenino (por ejemplo, la ausencia del ciclo menstrual).

- Papel del cónyuge y los padres en la obesidad.

Entre cónyuges es frecuente hallar que se potencia la obesidad del otro por diversas razones:

- Necesidad de justificar ante la pareja y/o un mismo, la inapetencia sexual.
- Deseo de no dar posibilidad de que haya un nuevo episodio de impotencia eréctil.
- Miedo a ser abandonado por otra persona más joven y/o atractiva.
- Deseo de compensar defectos físicos que se posean, la obesidad de uno equilibra la fealdad del otro.
- Deseo de castigar a la pareja por ofensas reales o imaginarias.
- Deseo de compensar la superioridad intelectual o académica del obeso.
- Dependencia.

Este deseo de potenciar la obesidad de la pareja se puede dar de varias maneras:

- Cocinando comidas elevadas en calorías cuando el otro inicia el régimen.
- Creando una fuerte expectativa en torno a la bajada de peso, de manera que la pareja sucumba ante elevados montos de ansiedad y tensión.
- Creando o exagerando problemas que hagan sentir cónyuge que no es momento oportuno para concentrarse en la lucha por perder peso.
- Menospreciando la importancia de los kilos perdidos al inicio del régimen.
- Exagerando las dificultades que tiene la pérdida de peso.

Asimismo, al margen del boicot que puede existir por parte de la pareja en el proceso de adelgazamiento, cuando el obeso consigue suprimir su problema de obesidad (sobre todo si es previo al establecimiento de la pareja) la estabilidad de la relación puede estar en peligro ya que:

- Puede hacerse más exigente en su vida en pareja debido a una fuerte subida de autoestima por los kilos bajados.

- Porque la obesidad, ahora superada, compensaba alguna carencia por parte de la pareja que deja de tolerarse.
- Porque este logro le permite a la persona animarse a la consecución de nuevas metas largamente anheladas. Así, se produce un despegue personal que desequilibra la pareja si el cónyuge no logra una evolución equivalente o si no existen fuertes puntos de anclaje entre ambos.

En algunas ocasiones, la incapacidad de superar estos efectos secundarios del adelgazamiento, lleva a la recuperación del peso perdido, con lo que se reestablece el equilibrio conyugal pero pagando el precio de fuerte insatisfacción personal.

Cabe rescatar, que además de la pareja, también pueden haber otros familiares que tiendan a boicotear el intento de adelgazar. En ese sentido, como vienen desarrollando a lo largo de estos puntos, Silvestri y Stalville (2005) consideran que el proceso terapéutico tiene elevadas posibilidades de éxito si la familia acompaña este objetivo, mientras que si no lo acompaña, tiende a boicotear los intentos de adelgazamiento.

Por su parte, Feixas y Miro (1993) agregan que el papel de la familia es muy importante a la hora de interpretar las causas de la obesidad y la determinación de recursos para el tratamiento, otorgando un valor pronóstico importante.

En el caso de las madres, puede deberse a que tema a ser abandonada, debido a que su hijo/a al encontrarse más a gusto con su físico, comience a relacionarse más con otras personas; también por deseos de venganza hacia la hija por ofensas reales o fantaseadas.

Las formas más comunes en que una madre fomenta la obesidad son: cocinar comida tentadora; hacer coincidir el descenso de peso de su hijo con estados depresivos; crear en el hijo sentimientos de culpa y que los pague engordando; y estimulando en sus hijos miedos que combaten equivocadamente engordando.

Resulta fundamental pesquisar quien o quienes son los beneficiados con los kilos sobrantes o a quien perjudica la recuperación del peso correcto.

A veces la familia como un todo boicotea una planificación alimentaria saludable, ya sea para evitar la desintegración del grupo familiar, eludir la toma de conciencia de un problema mayor o permitir que el líder se entretenga con la

obesidad de un miembro para que los demás queden fuera de su nefasto interés.

LINEAS DE ABORDAJE TERAPEUTICO

Perspectiva Psicoanalítica.

¿Qué es lo que se esconde detrás de la obesidad? Desde una perspectiva psicoanalítica, en la compulsión el obeso amortigua las señales de angustia y permanece en una posición de no querer saber. El cuerpo del obeso es un *demasiado lleno* que el sujeto vive como un vacío infinito, hay una mortificación del cuerpo que se efectúa en lo real, se trata de un déficit simbólico porque el sujeto se encuentra en el punto mismo de su sufrimiento aprisionado por un discurso capitalista, el goce se hace presente de manera directa (Belaga, 2005).

El obeso es un sujeto prisionero en su intento de evitar la angustia, colocando el objeto nada en el cuerpo, impidiendo su captura en el fantasma. Tratarse de la obesidad implica la posibilidad en un primer momento, de

capturar el objeto nada en el fantasma, haciendo surgir la angustia, en la cual el sujeto hace la dolorosa experiencia de su propia división. GerezAmbertin (2014) agrega que cuando el Superyo está coordinado al goce y no al deseo es un llamado a la no castración, escapando a la legislación del Nombre del Padre.

Belaga (2005) afirma que la obesidad como síntoma es una reacción de compromiso ante un afecto que no es tolerado por el sujeto. Podría estar articulado a experiencias de la etapa oral del desarrollo psicosexual, donde el amamantamiento del infante rebasa su función nutricia, ya que apuntala la boca como zona de placer erógena.

Las sobregratificaciones y frustraciones tienen un impacto en los procesos internos que se asocian a las figuras parentales y la alimentación. Se suele plantear que los adultos con fijaciones orales pueden volcarse a la comida de manera compulsiva, en un intento de recuperar el confort y la seguridad que experimentaban en la infancia, cuando el pecho materno proveía un medio seguro (Meza Peña y Moral de la Rubia, 2011).

Perspectiva cognitivo constructivista

Desde este enfoque, los trastornos alimentarios no son solamente trastornos del comer, sino fundamentalmente, trastornos del self, donde el esquema corporal es un aspecto central de su organización, ya que constituye el modelo cognitivo, emocional y social en el cual se reflejan y organizan las experiencias corporales, autoestima, motivaciones, expectativas e interacciones con otros (Lamberto, Pizarro, Mateucci y Cheliz, 2008)

El cambio es un proceso guiado por los mecanismos del self, los cuales tienden a proteger y autoperpetuar las viejas construcciones de la realidad, por eso suele haber resistencia a los cambios.

De acuerdo a Guidano (1983) “los síntomas configuran procesos de conocimiento que manifiestan intentos de cambio infructuosos en el

ordenamiento y devenir de la experiencia”. Los síntomas alimentarios son entendidos como expresiones metafóricas de procesos metacognitivos.

Las metáforas configuran un sistema conceptual de pensamiento que afecta el modo en que se percibe, piensa y actúa.

El cuerpo y la sintomatología alimentaria actuarían como una muralla de control y autoprotección frente a procesos tácitos, subjetivos, intersubjetivos, situacionales, que en el aquí y ahora no pueden ser reconocidos ni resueltos (Arsiero, 2005).

Los patrones de control operan a nivel metacognitivo, como recursos de supervivencia afectiva frente a situaciones emocionales perturbadoras que no pueden decodificar ni afrontar.

Resulta fundamental realizar una evaluación diagnóstica multimodal que permita ofrecer un marco de la situación, teniendo en cuenta los recursos y los riesgos.

VazquezVelazquez y Lopez Alvarenga (2001) resaltan la importancia del uso de técnicas tales como:

- a) Control del estímulo. Evita la exposición a situaciones que inducen a comer en exceso. Por ejemplo, los pacientes son instruidos a separar sus comidas de otras actividades (ver televisión, arreglar asuntos de negocios o de otra índole mientras se ingieren alimentos, etc.) para que estén completamente conscientes del acto de comer sin distractores.
- b) Flexibilidad en el programa de alimentación. El ofrecer dietas rígidas es actualmente poco recomendable. Se favorecerán opciones de alimentación balanceada y flexible.
- c) Reestructuración cognoscitiva. Se utiliza para identificar sentimientos y pensamientos de autoderrota, ayudando al paciente a identificar actitudes relacionadas con expectativas excesivamente optimistas y poco realistas sobre su peso e imagen corporal.
- d) Prevención de recaídas. Es un proceso continuo, diseñado para promover el mantenimiento del peso perdido durante el tratamiento.

Grupos operativos

El grupo funciona como un espejo, permite identificarse pero también diferenciarse, y se sostiene por una tarea en común. Se trata de grupos operativos porque están centrados en la relación que los integrantes mantienen con la tarea. Dicho grupo tiene aspectos manifiestos y latentes, se parte de lo explícito para llegar a lo implícito.

PichonRiviere (2001) define al grupo como un conjunto restringido de personas que ligadas por constantes de tiempo y espacio, y articuladas por su mutua representación interna, se proveen de manera explícita e implícita una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de un complejo mecanismo de asunción y adjudicación de roles. La tarea implica un conjunto de acciones dirigidas para llegar a un fin.

De acuerdo a Feixas y Miró (1993), el problema de la resistencia apunta al conocimiento del valor funcional del síntoma.

A lo largo del proceso los miembros del grupo se enfrentan con dos temores básicos (PichonRiviere, 2001):

- Miedo a la pérdida: implica un no querer curarse, está relacionado con el miedo a perder instrumentos que le permitían adaptarse al mundo (aunque fueran patológicos).
- Miedo al ataque: el sentimiento de pérdida crea una nueva ansiedad que produce resistencia al cambio, por encontrarse indefenso ante un medio nuevo sin los instrumentos habituales.

El objetivo consiste en generar un cambio operativo. Denia Lafuente (2001) plantea que en el caso de la obesidad, el planteamiento global del tratamiento se centra en cambiar el estilo de vida y ese cambio está dirigido a tres aspectos fundamentales: conducta alimentaria, modificación de la vida sedentaria por un aumento regular del ejercicio físico, y modificación de los factores de la vida emocional que repercuten en la obesidad.

El grupo comparte el objetivo de alcanzar un peso saludable y mantenerlo, ofreciendo un marco de apoyo y esclarecimiento que ayuda en el proceso de adelgazamiento.

Elementos claves del abordaje terapéutico: motivación y psicoeducación.

Las personas con obesidad a menudo tienen dificultades para encontrar una motivación que les permita cambiar el comportamiento. El foco en los primeros encuentros está en términos de los logros físicos (como bajar de peso y regularlo de forma estable). Pero para conseguir estabilizar el peso, los sentimientos y emociones deben canalizarse adecuadamente sin usar como intermediario o fin la comida.

Denia Lafuente (2011) sostiene que resulta fundamental la psicoeducación usada como trabajo de construcción de deseos de cambio y mantenimiento.

La mayoría de las personas con obesidad que acuden a un tratamiento han realizado numerosas dietas con resultados pobres. Suelen tener información excesiva e inadecuada sobre dietas, alimentación sana, adelgazamiento y además, están inmersas en la sociedad de la delgadez.

Esperan un cambio de peso rápido y marcado. Los esquemas vienen definidos más por la pérdida de peso para ser delgadas, buscando un cambio de imagen para tener éxito, aceptación propia y de los demás, y no tanto por motivos de salud.

La dieta está cargada de significados desproporcionados e inadecuados, encontrándose en último lugar una alimentación sana, adecuada y posible.

Asimismo, en el marco de un contexto social que se encuentra dañado, confuso e inestable y en el que hubo un incremento de adicciones, situaciones de violencia, aislamiento e individualismo, se ha observado que dichos síntomas están ligados al hecho de que una serie de competencias humanas no se están desarrollando ni promoviendo. De manera que la Organización Mundial de la Salud y UNICEF (2002) rescatan la importancia de las habilidades para la vida, las cuales definen como un grupo de competencias psicosociales y habilidades interpersonales que ayudan a las personas a tomar decisiones bien informadas, comunicarse de manera efectiva y asertiva, y desarrollar destrezas para enfrentar situaciones y solucionar conflictos, contribuyendo a una vida saludable y productiva. Las mismas pueden aplicarse en el terreno de las acciones personales, en interacción con las demás personas o en las acciones necesarias para transformar el entorno de tal manera que éste sea propicio para la salud y el bienestar.

Dichas habilidades son producto de un aprendizaje y en el abordaje de la obesidad y trastornos de la conducta alimentaria, resultan fundamentales para

mejorar la calidad de vida del paciente y se pueden establecer como un conjunto que engloba los siguientes aspectos: autoconocimiento, empatía, la comunicación asertiva, las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el manejo de emociones y sentimientos, y el manejo de tensiones y estrés (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Metodología y experiencia de campo

Descripción de la Institución.

El Centro Integral de Salud Alimentaria tiene 7 años de antigüedad y está ubicado en San Miguel de Tucumán, con domicilio en calle Gral. Paz 517. Sus horarios de atención son de lunes a viernes de 10 a 22 y sábados de 10 a 13 hs.

La concepción que se sostiene del ser humano es que es un ser biopsicosocial, por ende el tratamiento de la obesidad no sólo se sostendrá en un plan alimentario y actividad física, sino que también contemplará los

aspectos psicológicos y sociales, teniendo en cuenta la cronicidad y complejidad implicadas en la obesidad.

En el mismo se promueve una alimentación saludable, abordando problemáticas que consisten en el descenso de peso para lograr mantener un peso adecuado dentro de los parámetros de salud establecidos.

Su misión es generar conciencia de los efectos negativos que tiene la obesidad en la calidad de vida de las personas y de los beneficios que aporta una alimentación saludable. Para ello, ha elaborado un programa específico en contempla el área clínica, nutricional, física y psicológica, ofreciendo además actividades optativas como caminatas a las que se puede asistir con la familia, cine debate, y en los casos ejemplares la participación de entrevistas y de la publicidad de la Institución.

El centro cuenta con diferentes grupos:

- Inicio: consiste en un encuentro en el que explican cómo funciona el grupo, actividades, presentación, historia del peso.
- Descenso común: cuya finalidad de descenso de peso es estética.
- +35: sus integrantes tienen un Índice de Masa Corporal mayor a 35 y padecen obesidad mórbida.
- Mantenimiento: se consideran la parte más importante del tratamiento y hasta el momento sólo habían dos grupos.
- Niños: se conforman a partir de la edad escolar, hasta ese momento en centro contaba con 9 niños.

Materiales y Métodos

El presente trabajo es de tipo cualitativo descriptivo y pretende mostrar los beneficios de contemplar los factores psicológicos en el tratamiento de la obesidad, en el marco de un trabajo terapéutico basado en grupos operativos.

La práctica profesional fue realizada entre septiembre y diciembre de 2016, para llevarla a cabo se realizaron reuniones con la profesora tutora, profesionales y alumnos que sirvieron como orientación para las actividades a seguir en la institución.

La población es de personas con un índice de masa corporal superior a 35, pertenecientes a la provincia de Tucumán. La muestra elegida es el grupo +35 de CIDESA, conformado por 20 personas entre 16 y 70 años.

El énfasis está puesto en las particularidades de dicho grupo y su lucha diaria contra la obesidad. De manera que las conclusiones producto de este abordaje serán exclusivas de este escenario y contexto.

Así, la concepción que se sostuvo en el momento no fue solo la del sujeto como un ser biopsicosocial, sino también la del investigador como parte del grupo.

Las técnicas utilizadas fueron la observación participante y una devolución que invitó a la reflexión acerca del objetivo a alcanzar, lo que se hace para alcanzarlo y los plazos a establecer, aprovechando el impacto y respuesta ante la misma que ofrecieron los miembros del grupo.

Experiencia de campo

En CIDESA el primer encuentro permitió la obtención de información general respecto a las características del centro, el tratamiento y abordaje de los pacientes.

A la institución asistí un total de 15 veces, cumpliendo 52 horas de práctica en la misma, el grupo asignado para acompañar fue el +35 coordinado por la Lic. Agustina Soria Gomez, cuyos encuentros eran martes y jueves de 18 a 19 horas, asimismo según el caso algunos pacientes asistían una vez por semana y otros dos veces. También se pudo participar en un grupo de inicio coordinado por la Lic. Laura Pucci.

En este marco, el psicólogo sigue una serie de premisas a la hora de diseñar un programa de intervención:

1. Abordaje Interdisciplinario: el tratamiento propuesto se basa en cuatro pilares: área médica, psicológica, nutricional y actividad física. Al mismo tiempo el equipo de psicólogos cuenta con miembros que tienen distintas formaciones y que permiten enriquecer la planificación: dos con orientación gestáltica, una psicoanalista y otra sistémica.

2. Enfoque Psicoeducativo: los hábitos alimentarios previos no se desaprenden, pero sí se pueden incorporar hábitos nuevos.
3. Intervención sostenida en el tiempo: no basta sólo con llegar a un peso saludable, sino también en lograr su mantenimiento.
4. Trabajo con grupos orientados en una tarea: establecer un vínculo saludable con la comida. Dicho proceso también permite poder reflexionar acerca de los sistemas de creencias, prejuicios y el reencuentro con uno mismo.

El abordaje acerca de las dificultades en el vínculo con la comida consiste en sesiones grupales, excepcionalmente se ofrece una sesión individual y si se evalúa la necesidad se deriva a terapia individual

Durante los encuentros los pacientes expresan cómo sostuvieron el tratamiento esa semana, cuáles fueron las dificultades que tuvieron que afrontar ya sean transgresiones, tentaciones, desmotivación, cuestiones relacionadas a la autoestima, el aprendizaje de hábitos, asociación de sus dificultades alimentarias a otros conflictos, planteamiento de resoluciones, etc.

El proceso terapéutico no es lineal, sin embargo en el acompañamiento de la tarea las bases de la intervención apuntan a:

- Focalizar el síntoma como riesgo vital.
- Empatía.
- Lograr una reformulación del síntoma, en el sentido de lograr un pasaje hacia los procesos de exploración y comprensión de los significados ocultos detrás de la obesidad, para lograr sostener la tarea y el mantenimiento de los hábitos saludables.
- Construir herramientas para desarrollar habilidades y recursos que permitan afrontar de manera exitosa la tentación a la transgresión y que cuando la misma se lleve a cabo sea dentro del marco del autocontrol (cada paciente elige cómo quiere que sea su descenso, si más rápido o más lento).
- Todo esto apoyado en la alianza terapéutica y la comprensión de la problemática, permitiendo potenciar la motivación.

La participación consistió en observar, ofrecer sugerencias a los profesionales una vez concluida la sesión y al finalizar con el grupo +35 se debía realizar una intervención, la misma consistió en:

- El agradecimiento por haberme permitido formar parte del grupo como observadora.
- La importancia del grupo como sostén, su efecto espejo y la invitación a poder aprovechar ese espacio rescatando las condiciones positivas que tienen como grupo.
- El afrontamiento de las dificultades, sosteniendo la reflexión acerca de las mismas motivando hacia el objetivo grupal, instando a que reflexionen no sólo en lo que pierden (en términos de kilos, evitación de alimentos y sacrificios) sino también en lo que ganan (en términos de calidad de vida y bienestar). ¿Qué han ganado a lo largo de este proceso?

En cuanto al detalle de los encuentros con el grupo +35, el factor común fue cómo les fue en la semana con el plan alimentario, abordando diferentes temáticas relacionadas:

1. ¿Qué comemos y por qué lo hacemos? Recalcando el papel que tiene la sociedad de consumo y cómo todos los encuentros y festejos giran en torno a la comida.
Más allá del precio de la comida y sus promociones ¿cuál es el costo de lo que se come? Planteado en términos de salud, bienestar y objetivos.
2. Transgresiones: a qué están asociadas. Que ese retroceso funcione como un reto para avanzar.
3. Dificultades cuando no se cumplen las expectativas del descenso. ¿Qué hago para alcanzar mis objetivos? ¿Cumplo realmente con las pautas indicadas? ¿Qué pasa cuando, a pesar de eso, el descenso se dificulta? (ya sea por enfermedad, problemas hormonales, consumo de corticoides o la etapa del tratamiento).
No son lo mismo los primeros 10 kilos bajados, que los segundos 10 kilos. También entra en juego el factor de la sexualidad: los hombres tienen más facilidad para bajar de peso.

4. Festejos: estrategias para afrontarlos. Aprender a ir más allá de la comida.
5. Conocerse y reencontrarse con uno mismo. Poder mirarse, tener un registro. Tomar conciencia del descenso.
6. Proposición de objetivos a cumplir en plazos establecidos. Descenso y adquisición de hábitos. “El secreto es la perseverancia”.
7. Adicción a la comida. “Mi día pasa por la relación con la comida”. Estrategias de afrontamiento, consejos grupales.
8. Compromiso y responsabilidad e impacto en los resultados.
9. ¿Qué hay detrás del sobrepeso que tienen?
10. Cuando nos acercamos al objetivo. Negociación del peso a alcanzar, pensar en la etapa de mantenimiento.

Los participantes eran 20 pero no todos asistían los martes y jueves, por lo general el martes iban 13 y el resto los jueves. Por razones que remiten al hecho de preservar su privacidad sus nombres están alterados y a continuación se ofrece una breve descripción de los mismos:

- ALI: reincidente, 45 años aproximadamente. Presenta problemas de columna, no trabaja, vive con una tía. Logró un peso óptimo en CIDESA pero no quiso hacer mantenimiento.
- FIORE: es casada, tiene hijos, trabaja, sufre atracones.
- DARIO: tiene 30 años, está casado y espera un bebé. Es albañil. Su pareja también hace tratamiento.
- MARIANA: de 40 años aproximadamente, trabaja en Higiene y Seguridad. Previamente fue a ALCO e hizo terapia individual.
- JULIO: de 38 años, trabaja, tiene un hijo. Pasó a la etapa de mantenimiento.
- PIA: estudiante de Ciencias Económicas, trabaja, tiene 27 años. Soltera.
- Nilda: 19 años, estudiante, única hija, vive con sus padres. Soltera.
- CESAR: 30 a 35 años aproximadamente. Trabaja, vive con sus padres. Soltero.
- BEATRIZ: 25 años, trabaja en un call center, es instrumentista dental. Vive con sus padres. Tiene pareja y esperan casarse en un año.

- GRACIELA: 16 años, estudiante, única hija. Soltera. Falta con mucha frecuencia
- ALEJANDRA: 20 años, trabaja. Soltera. No participa, asiste pero no habla ni ofrece consejos.
- GERONIMO: tiene 21 años, estudia Informática. Trabaja. Vive solo en Tucumán, su familia está en Santiago del Estero. Es soltero.
- SARA: 55 años, maestra de lengua, esta casada y tiene hijos.
- CARINA: 54 años, casada, madre de 5 varones. Es ama de casa, vive con su marido e hijo de 16 años.
- DIANA: 43 años, casada, madre de una nena. Trabaja en un negocio de comidas.
- INES: 66 años, vive con su marido. Tiene 2 hijos que están casados. Tiene antecedentes de depresión. Es uno de los mejores descendos.
- SIMON: 44 años, casado y padre de 3 hijas, trabaja en una despensa de comida.
- LISANDRO: 24 años, es cura.
- GASTON: de 40 años. Chef. Soltero.
- EVARISTO: 65 años, trabaja en el taller con su hijo.
- DALMIRA: 67 años, casada. Jubilada.

Por su parte el grupo de inicio contó con tres ingresantes:

- MIA: 30 años, enfermera, trabaja en un Hospital, está sin pareja.
- CELINA: 45 años, trabaja en un Banco, casada con 3 hijos. Su hija mujer tiene sobrepeso.
- MARY: 65 años, docente, está casada y tiene problemas de rodilla.

Las premisas fueron:

1. Indicar las pautas del proceso. Enfoque interdisciplinario. Objetivos y requisitos de cada área.
2. Presentación de los miembros.
3. Motivo de inicio del tratamiento.
4. Expectativas y alcances.
5. Llenar ficha de ingreso: (peso actual/peso pretendido, motivos para bajar de peso, si consumen medicación, enfermedades, sugerencias).

6. Cierre y asignación de grupos.

Articulación teórico práctica

¿Por qué no basta con la dieta y el ejercicio físico?

Todos los integrantes del grupo a lo largo de los encuentros dieron cuenta de un historial de su peso, en el que habían probado diversas dietas, algunos incluso bajaron una importante cantidad de kilos pero volvían a subirlos, lo que corrobora los aportes de Silvestri y Stalvile (2005) en relación a la necesidad de abordar los factores psicológicos.

Una de las participantes, ALI, vuelve a repetir el cuadro, se presenta en el grupo y relata que volvió a recuperar los kilos perdidos a lo largo de un año y medio.

Su ascenso de peso empezó con 4 kilos, que poco a poco se convirtieron en 30, su edad oscila entre 40 y 50, luce desarreglada y vive con un familiar, no está trabajando y si bien manifiesta que quiere bajar de peso, su tono es despreocupado. No ha logrado interrogarse acerca de por qué volvió a subir de peso, sostiene que es por una cuestión de conducta, que no logra un control adecuado de las ingestas. Sin embargo, no dice mucho más de sus actividades ni frustraciones, ni identifica qué la pone ansiosa o por qué la comida es su escape.

Resulta llamativo, dado que ALI ya ha realizado el tratamiento anteriormente, aunque decidió, al momento de llegar al peso deseado, no participar del grupo de mantenimiento.

Desde el psicoanálisis, se habla de la compulsión a la repetición, de aquello que daña al sujeto pero en lo que persiste aunque su misma vida se ponga en riesgo. La paciente relata tener serias dificultades con su columna.

Entonces, se suele escuchar “como porque me gusta”, lo que nos llevaría a interrogarnos en qué consiste ese “me gusta” desde una perspectiva psicoanalítica. GerezAmbertin (2014), sostiene que es importante el estudio del superyó para comprender la pulsión de muerte y la compulsión a la repetición en el tratamiento del sufrimiento, y remite a Lacan (1972), quien planteaba que el superyó es imperativo de goce, de esta manera cuando el superyó está coordinado al goce y no al deseo, es un llamado a la no castración, escapando a la legislación del nombre del padre.

En la mayoría de los pacientes se ha presentado esta dificultad de poder establecer un límite a la ingesta de las comidas, no se trata de placer sino de voracidad. Siguiendo a Belaga (2005), llegan con un exceso de peso importante y en general acceden al tratamiento no por una cuestión de

conciencia, sino porque los está afectando en la salud; el cuerpo del obeso es un demasiado lleno que el paciente vive como un vacío infinito, se trata de un déficit simbólico, el goce se presenta de manera directa.

Desde esta mirada, se presentaría una dificultad para tolerar la falta, la cual se oculta detrás de la obesidad

Otra paciente, FIORE, sostiene su dificultad para contener sus ganas de comer, es la única que ha manifestado realizar atracones durante la noche, síndrome descrito también como una alteración psicológica frecuente en estos casos de acuerdo a Silvestri y Stalville (2005). Confiesa que le cuesta controlar la ansiedad, trabaja y vive con su esposo y familia. Su descenso es irregular, suele subir con facilidad los kilos que pierde debido, entre otras cosas, a que asiste a muchos festejos. En una oportunidad comentó que su marido no la acompaña en su objetivo, que incluso él no se percataba de su obesidad, fue un pariente quien se lo señaló a ella, quien en el momento se molestó pero al día de hoy le agradece: “me molestó tanto que me critique mi cuerpo que inicié el tratamiento para cerrarle la boca”. Su problema en ese momento era mantener el ritmo de descenso.

En ambos casos, y en todo el grupo, sí pudieron reconocer las “bondades” de tener un peso saludable, a medida que se baja de peso confiesan “poder mirarse” al espejo, antes lo esquivaban, había en juego un “no querer verse” para seguir manteniendo una conducta que los destruye.

Entonces, ¿por qué a pesar de tener conocimiento de los beneficios de obedecer al tratamiento hay recaídas? Desde la teoría se ha señalado que la obesidad es una enfermedad crónica.

En ese sentido la misma institución podría generar confusión: “pague 2 meses, venga 3”, como si fuera que en 3 meses un problema de años se resolvería. En este marco, pude observar que a pesar de que en los grupos de inicio se aclara eso, pocos pacientes han comprendido el alcance que tiene el término “cronicidad” y que incluso hablar del mismo, los angustia. No porque no vayan a volver a ingerir alimentos hipercalóricos sino porque serán en porciones medidas y no todos los días, ya no con la voracidad que lo hacían.

Asimismo, la mayoría de los pacientes reconoció que intentaron bajar de peso por sus medios, pero que lo que bajaban lo subían e incluso, con efecto rebote. DARIO, hombre de 30 años, futuro papa, que está hace más de un año

en tratamiento sostiene: “todo está en la cabeza”, en el sentido de que no se trata de perder kilos sino de incorporar hábitos y de manejar las emociones.

A lo largo de este proceso, las dificultades más comunes en el descenso de peso fueron: el manejo de la ansiedad y el enojo, la toma de decisiones importantes, el trabajo en lugares en los que estaban expuestos constantemente a la comida, la familia y problemas para reconocerse desde otro lugar que no sea el de “gordo/a”.

Ambiente Obesogénico

Durante los encuentros surgió un interrogante importante: ¿qué comemos?. DARIO sostiene que antes de iniciar el tratamiento consumía por día 3 litros de coca cola, su rutina consistía en desayunar un vaso de gaseosa con fiambres, luego en su trabajo (relacionado a la construcción) a media mañana compraban gaseosa, hacia el mediodía realizaban una picada y cuando volvía a su casa repetía el almuerzo, en la merienda comía lo mismo que en el almuerzo y en la cena seguro pedía a un delivery un sanguuche de milanesa. Esto se relaciona con lo que Begué et al. (2016) sostienen en referencia a que la globalización del mercado promueve el consumo excesivo de bebidas azucaradas y de productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional

Para DARIO una salida perfecta era ir al bar donde se come más rico y en más cantidad, conoce todas las sangucherías y promociones y hasta el momento del tratamiento prefiere comer en su casa para no tentarse. La evitación fue el mecanismo más eficaz que encontró, lo cual implica el riesgo de aislarse si lo mantiene en un futuro.

Los locales de comida rápida, la rutina de trabajo excesivo y las numerosas responsabilidades parecen ser una dificultad a la hora de bajar de peso. El consumo de harinas, que algunos definen como adictivas, promueven el “no poder parar de comer”. Las salidas no pasan por lo que acontece, sino que la comida es el acontecimiento en sí, asimismo Bersh (2006) en ese sentido recalca el papel de la comida como objeto transicional, se la ingiere para aliviar el malestar y hay un sistema que presiona para que las frustraciones sean soportadas mediante el consumo, negándolas.

MARIANA, una paciente a punto de alcanzar su objetivo afirma “mi día a día pasa por la comida”. En un ambiente donde las papas fritas, los helados y macdonalds están más promocionados que las frutas y verduras, las cuales suelen tildarse de “aburridas” o de dejar una sensación de “vacío” (que las otras comidas “llenaban”), es muy sacrificado incorporar hábitos alimenticios saludables, entendiendo que los viejos hábitos no se desaprenden.

Hay una resistencia natural al cambio, que de acuerdo a los aportes de Silvestri y Stalvile (2005) aparece descripta en el miedo a estar delgado debido a que el paciente construyó su identidad como la de un “gordo” y sienten que al bajar de peso dejarían de ser ellos mismos, asimismo ese miedo también se sostiene en el hecho de que este proceso implica un reencuentro con ellos mismos, y ese proceso de redescubrimiento suele generar angustia y asumir responsabilidades que el síntoma les permitía “ignorar”. También opera como factor el uso de la comida como evasión, se trata de personas que canalizan sus emociones con la comida, que “solucionaban” sus frustraciones con la misma. En muchas ocasiones la comida logra contener las manifestaciones depresivas, determinados alimentos ofrecen un alivio a la tristeza que impacta en el aumento de peso si se consumen en exceso. Cabello y Zúñiga (2007), establecen en ese sentido una relación entre los acontecimientos estresantes y el uso de la comida como compensación de la frustración, depresión y necesidades, con la génesis de la obesidad, de manera que los factores psicológicos tienen un importante papel.

Algunos pacientes trabajan en locales de comida, panaderías, almacenes y reconocen que los medios de comunicación promueven el consumo de alimentos elevados en azúcares y grasas: “tengo clientes que compran 2 cocacolas por día”, “los fiambres, helados, papas fritas, galletas dulces son los preferidos”.

Ante ese escenario, el terapeuta no debe olvidar ni permitir que olviden cual fue la motivación inicial de los pacientes para bajar de peso, y generar un espacio de construcción de estrategias para cumplir adecuadamente con el plan alimentario, potenciando las habilidades para la vida, eje que se busca promover desde UNICEF y la Organización Mundial de la Salud.

El grupo

PichonRiviere (2001) define a los grupos operativos como aquellos que están centrados en una tarea. Un grupo tiene aspectos manifiestos y latentes, se parte de lo explícito para llegar a lo implícito.

En la presentación, todos relatan que su problema es la obesidad, pero a medida avanza el proceso, quienes están próximos a la etapa de mantenimiento, tienen una mirada diferente de la comida. Tal es el caso de JULIO, de 38 años, que ya no ve la comida como su enemiga, e incluso en su último día dio un consejo a sus compañeros respecto a las recaídas: “un tigre antes de atacar, retrocede”, la metáfora explica que los pasos que se retrocedan sirvan como impulso para avanzar el doble.

A medida que van llegando al objetivo pretendido, muchos afirman que su problema no era en realidad la comida, sino que tenía que ver con la ansiedad, frustraciones o el afrontamiento de situaciones y decisiones difíciles, tal como plantea Silvestri y Stalville (2005) al describir los factores psicológicos.

Esto también explica la resistencia al cambio, Pichón Riviere (2001) en ese sentido hace mención al miedo a la pérdida y el miedo al ataque, porque en el fondo puede haber un no querer curarse que opera como enemigo fundamental de la terapia.

De acuerdo a Feixas y Miró (1993), el tema de la resistencia apunta hacia el problema de conocer el posible valor funcional del síntoma en el contexto de vida del paciente.

En este punto, es importante considerar que cualquier cambio tiene ventajas y desventajas: por doloroso que resulte hay pacientes que persisten en una conducta autodestructiva porque creen que si dejan de actuar así las cosas empeorarán. El miedo a la pérdida consiste en que la obesidad les permitía adaptarse de alguna manera en su entorno, tiene un valor funcional aunque sea patológico.

El miedo al ataque alude al hecho de que hasta ese momento la comida como escape fue su recurso, y ante la pérdida del mismo hay angustia ante la incertidumbre de afrontar lo que se venía evitando.

Pero la tarea persiste, y consiste en la resolución de las situaciones estereotipadas y dilemáticas para lograr un pasaje a una situación dialéctica. Cuando se presenta una dificultad para asimilar un conocimiento nuevo, el

grupo opera creando situaciones de cambio a través de identificaciones. Una intervención o señalamiento si fue operativo permite una nueva perspectiva de la situación (PichonRiviere, 2001).

El grupo opera como un espejo de lo que pasa y ofrece un sostén a lo largo del proceso de adelgazamiento y de reconocimiento de cada uno, ofreciendo además herramientas de planificación y organización.

PIA tiene 28 años, trabaja y estudia ciencias económicas, su descenso es lento, y reconoce que le entristece que muchos de los que empezaron el tratamiento con ella ya no están porque pasaron a otra etapa, y que para ella esos vínculos fueron muy importantes porque la alentaban y reconocían sus cambios a lo largo del tiempo.

Ante un problema planteado en relación a la comida, la psicóloga antes de brindar su asesoramiento, invita al grupo a que haga aportes y sugerencias para el compañero. Los miembros del grupo, al pasar por una situación similar no sólo ayudan al otro con sus consejos respecto a qué estrategias le sirvieron a ellos, sino que también se sienten útiles cuando funcionan como referencia de cambios positivos.

EVARISTO de 65 años, trabaja en un taller mecánico con su hijo, y es uno de los que más participa estimulando a sus compañeros ofreciendo sugerencias o invitando a que se interroguen, remarca que no hay que concentrarse en lo que se pierde sino en lo que se gana, según el paciente el descenso de peso le otorgó más juventud, en el sentido de que tiene una actitud más positiva hacia la vida y sus vínculos, animarse a bajar de peso fue el puntapié para animarse a otros asuntos que tenía postergados, como ampliar los servicios en el taller y delegar más tareas a su hijo, andar en moto y anotarse en una clase de baile. De esta manera, el mismo paciente invitó a que el resto piense en cómo cambiaron con el proceso terapéutico. De manera que las limitaciones sociales y personales ocasionadas por la obesidad de acuerdo a Sanchez et al (2009), se verían disminuidas a medida que los pacientes van logrando un estilo de vida más saludable.

DALMIRA, de 67 años, casada, estimula al grupo cuando el grupo cuando algún participante no desciende los kilos esperados, dado que la paciente tiene problemas hormonales comprende lo frustrante que puede resultar bajar de a

gramos y no de a kilos, por eso ante la decepción de otros miembros, como el caso BEATRIZ remarca:” 200 gramos son un paquete de manteca”.

GASTON es chef, tiene 40 años, y ofrece aportes cuando los participantes relatan dificultades para cumplir con las cuatro comidas, que van desde la preparación a estrategias tales como consumir el caldo antes si tienen mucho hambre. También es un paciente que hace críticas profundas a las propagandas de comidas y de cómo el consumo de harinas se ha expandido en nuestra cultura, mientras que en otros lugares como en Europa hay más conciencia de los alimentos que se comen y también se tienen referencias de quién y cómo son elaborados. En ese sentido el ambiente obesogénico marca una influencia importante, y se puede observar lo que Mozaffarian et al (2012) sostienen sobre el hecho de que el marketing busca generar necesidades y hábitos de consumo que no se corresponden con las recomendaciones elaboradas desde la salud pública.

El Rol del Psicólogo.

El psicólogo cumple el rol de agente de cambio, el tipo de cambio que busca es operativo (PichonRiviere, 2001). Dentro del equipo, las psicólogas adherían a diferentes marcos teóricos: gestáltico, sistémico, cognitivo y psicoanalítico. Sin embargo, lo que se buscó fue complementar aportes y estrategias que agilicen el proceso.

En los grupos que se asignaron, el rol que cumplía la psicóloga era esencialmente directivo, en el marco de un encuadre donde lo que se buscaba era que el paciente no sólo logre una supresión sintomática sino que también adquiriera una comprensión del valor funcional del síntoma. VazquezVelazquez (2001), señala que es dicha tarea es un desafío, porque si bien la obesidad es fácil de identificar, el aspecto psicológico no es sencillo de definir.

Como primer paso, fue fundamental la elaboración de un diagnóstico que permita diseñar un abordaje apropiado. De manera que es importante conocer el motivo de consulta más allá del explicitado y determinar los objetivos sobre una alianza terapéutica sólida.

Dichas bases resultan indispensables para poder sostener el tratamiento en un enfoque psicoeducativo (propuesto por Lafuente, 2011) y poder plantear una

reformulación metafórica de la naturaleza del problema, debido a que conforme a lo que sostiene Guidano (1991), los síntomas alimentarios se abordan como expresiones metafóricas de procesos metacognitivos, ya que afectan el modo en que se percibe, piensa y actúa.

DARIO dijo en su primera sesión en CIDESA “como porque me gusta”, pero ha pasado el tiempo y al recordar eso la terapeuta pudo hacer una intervención muy interesante: “comías porque te gustaba, pero a medida que avanzaste en el tratamiento descubriste otras cosas que te gustaban y que no sabías”. DARIO asiente y comienza a narrar beneficios tales como poder caminar sin sentir que todos lo miran, no tener dolores en el cuerpo, usar bermudas (antes le avergonzaba), y que logró incluso un cambio en su relación con los demás, puede expresar cosas que antes se guardaba.

En ese sentido, a lo largo de la práctica el rol del psicólogo consistió en motivar para la tarea (la motivación inicial funciona como aliada ante los estancamientos), clarificación de los objetivos y el reforzamiento de los avances. Cada gramo perdido, no debe ser subestimado, es fruto de un esfuerzo y debe reconocerse.

Dentro de este marco, indagar acerca de las creencias de los pacientes que operan como obstáculo resulta un punto clave. Para VázquezVelázquez y López Alvarenga (2001), la reestructuración cognitiva se utiliza para identificar sentimientos y pensamientos de autoderrota, ayudando al paciente a reconocer actitudes relacionadas con expectativas excesivamente optimistas y poco realistas sobre su peso e imagen corporal. Cuando en el grupo se determinaban objetivos mensuales, NILDA, de 19 años dijo “yo bajaré 5 kilos este mes”, cuando venía de dos semanas sin descender, la psicóloga intervino preguntando si eso realmente sería posible, teniendo en cuenta de que ese mes era de evaluaciones parciales en la facultad, lo cual le generaba mucha ansiedad, NILDA reconoció que sería difícil, entonces pactaron que lo mínimo que debería bajar serían 2 kilos, si podía más mucho mejor.

A partir de esta negociación y reestructuración, se va logrando la adquisición de los nuevos aprendizajes, porque da lugar al cambio de los esquemas disfuncionales contando con la validación del paciente.

El sistema de creencias del paciente afecta su relación consigo mismo y los demás (Guidano, 1991), son las bases de su identidad por eso es importante

comenzar a cuestionar aquellos pensamientos que son periféricos, es decir, los más flexibles para el cambio para llegar poco a poco, a los más arraigados.

En ese sentido, CESAR venía aumentando de peso a lo largo de las sesiones, los primeros 10 kilos pudo bajarlos con facilidad, pero en su segundo objetivo, que era lograr bajar 20 kilos, quedó estancado en los 18 kilos, aumentaba gramos, e incluso llegó a subir 1,5 kilogramos, en ese marco dijo: “no puedo”.

De acuerdo a él no podía hacer más por este objetivo, no podía evitar dejar de comer, era algo que no podía controlar. La intervención consistió en reconocer que ese “no puedo” en realidad era un “no quiero”. “Si te encerrás en el no puedo no hay forma de ayudarte”. El “no quiero” permitía reconocer y hacerse cargo de que no estaba poniendo empeño en la tarea, excusarse en el “no puedo” permitía eludir esa responsabilidad.

Ante esa intervención se establecieron objetivos a corto plazo, tales como controlar las raciones el día domingo, que era el más difícil.

Otro caso fue el de BEATRIZ, mujer de aproximadamente 25 años, próxima a casarse, quien ante los despidos que habían en su trabajo (un call center) planteó que no tenía sentido seguir con el tratamiento porque posiblemente la despedirían. No tenía la certeza de que eso pasaría pero manifestaba un convencimiento de que no era posible mantener el tratamiento. La intervención consistió en que aunque se diera el peor de los casos, es decir, que la despidan, la deje su pareja y tenga que quedarse en su casa más tiempo (su relación con la familia era conflictiva), abandonar el tratamiento lejos de ofrecer una solución, agregaba un problema más.

El terapeuta y el grupo operan identificando, cuestionando y corrigiendo distorsiones cognitivas, este proceso no es lineal porque como explican Lamberto et al. (2008) los patrones de conducta alimentaria previos al tratamiento funcionan como recursos de supervivencia afectiva frente a situaciones emocionales perturbadoras que no se logran decodificar ni afrontar.

Asimismo, el terapeuta debe tener la capacidad de reconocer no sólo qué es lo que necesita el paciente, sino también qué es lo que está dispuesto a hacer (Feixas y Miró,1993). En ese marco, cada paciente decide la manera en la que será su descenso y es importante poder respetar sus tiempos y silencios.

Colaborar en la explicitación de lo implícito es un arte, no se pueden desenmascarar verdades en cualquier momento ni de cualquier manera, es clave el tacto y poder reconocer si el paciente está preparado para recibir determinadas intervenciones, en el sentido de que éstas deben apuntar a un cambio operativo, si son bruscas e impertinentes terminan generando más obstáculos. En términos generales, Lamberto et al. (2008) recalcan que la empatía, honestidad y calidez son aspectos necesarios para lograr el establecimiento de la alianza terapéutica, sin esta se reducen significativamente las posibilidades de cambio y de eficacia de las intervenciones.

Desde el enfoque de los grupos operativos, el encuadre promueve el desarrollo de habilidades adaptativas mediante contenido informativo, metodología de enseñanza y participación grupal, tomando los aportes de Denia Lafuente (2011) que se centra en focalizar la conducta alimentaria, la promoción del ejercicio físico y la modificación de los factores de la vida emocional que repercuten en la obesidad. Se trata de crear condiciones positivas para que el discurso circule y pueda ser trabajado, generando la construcción de alternativas para la resolución de los conflictos encontrados y el logro del objetivo: alcanzar y mantener un peso saludable.

La obesidad como obstáculo para el encuentro con el otro

GRACIELA tiene 16 años, acude al centro porque subió de peso y esta vez no puede controlarlo, hace 3 años que sube y baja, estudia, es única hija, vive con sus padres, quienes estuvieron de acuerdo en que realice el tratamiento.

No sale, es ensimismada, tiene dificultades para reclamar, por ejemplo, paga otro gimnasio aparte porque en el de CIDESA el profesor no supo explicarle la rutina, pero nunca quiso reclamarle a ese profesor sus inquietudes. Tiene pocos amigos, suele posicionarse como niña y no como mujer, como si no pudiera dejar de ser hija. Agacha la mirada, es de pocas palabras, suele cubrirse y se aísla. Su conducta se condice con lo que Cebolla et al. (2011) plantean acerca de que la población juvenil con obesidad suele tener un elevado nivel de insatisfacción corporal y autoestima.

Su obesidad funciona como un escudo que la llena de soledad, no comparte eventos con sus pares, tiene dificultades para el encuentro con los otros, sin embargo pudo manifestar que cuando logra establecer una relación descende de peso, no pudiendo mantener un peso saludable cuando es abandonada.

Manifiesta el deseo de adelgazar y de lograr una vida más saludable, sobre todo en búsqueda de mejoras estéticas, pero falta de manera recurrente, en total fue 2 veces, entonces también podría relacionarse con lo que Silvestri y Stalvile (2005) plantean acerca de la obesidad como una forma de evitar una situación deseable y de la obesidad como un recurso ante la pérdida, el objeto comida no abandona y funciona como un mecanismo que amortigua las insatisfacciones pero que genera otras. Hay un goce puesto en juego, sumado a los miedos al cambio que han generado un estancamiento.

ALEJANDRA, tiene 20 años, es solitaria, no habla, a lo largo de los 15 encuentros a los que se participó, sólo habló una vez cuando se la confrontó, no tiene un descenso regular, más bien presenta un estancamiento, también suele ocultarse, ubicando su silla de tal manera que en parte la tapen sus compañeros, pareciera querer pasar desapercibida sin embargo, su obesidad opera logrando lo contrario. No tiene pareja, no se arregla y fundamentalmente su silencio es lo que más la caracteriza, no reclama poder hablar de sus dificultades, contesta con monosílabos, esquiva miradas, no ofrece consejos pero asiste regularmente. Su dificultad no radica solo en el encuentro con el otro, sino también en reencontrarse consigo misma, “se come sus palabras”, es muy sensible a las críticas y ante una intervención acerca de por qué creía que le habían indicado determinada dieta, no se hace cargo de su implicancia ante la ausencia de descenso y quedó afectada por tal observación.

En relación a casos como GRACIELA y ALEJANDRA, Lacunza et al. (2011) remarcaron que hay índices elevados de retraimiento, ansiedad social y escaso autocontrol en pacientes jóvenes con obesidad.

Cuando se interroga acerca de cuando empezaron a subir de peso muchos pacientes admiten que fue a partir de contraer matrimonio o luego de una ruptura, tal como analizan Silvestri y Stalvile (2005) al abordar los aspectos familiares y conyugales como también al indagar la obesidad como un mecanismo que permite evadir decisiones importantes.

En chiste, suelen decir “fue mi esposa/marido que me hizo engordar”. En el abordaje de la obesidad como una forma de agresión al compañero (Silvestri y Stalvile, 2005), de acuerdo a los miembros del grupo, suelen entregarse a la comida ante respuestas que no encuentran en la pareja como la falta de apoyo.

En función de los testimonios observados, la obesidad no buscaría en sí desagradar al cónyuge pero si permite acallar decepciones respecto al mismo, es una forma de manifestar su molestia. También la obesidad dificulta el encuentro de una pareja (Silvestri y Stalvile, 2005), en ese sentido, los participantes no lo plantearon como problema, sin embargo era un tema que preferían evitar.

Los más jóvenes ante la falta de intimidad sexual, parecían acudir a otros placeres compensatorios como la comida. Había una dificultad notoria en el sentido de poder crecer, GERONIMO tiene 21 años, y es un joven que al igual que NILDA y GRACIELA, presenta dificultades para establecer una pareja, lo que se podría entender desde Silvestri y Stalvile (2005) como un miedo a las relaciones sexuales que se dificultan engordando, de manera que se refugia en el estudio y sus ratos de ocio consisten en comer. Ha logrado un descenso importante, trabaja, estudia informática y vive solo, cada vez que se acerca al objetivo suele tener recaídas, porque tampoco tiene muy en claro qué pasará cuando termine el tratamiento. De acuerdo a su relato, hace 9 meses que está en esa situación, lo importante es trabajar no sólo en sus recaídas sino también en sus creencias acerca de la finalización del proceso.

El valor funcional del síntoma

Iniciar un tratamiento implica dedicarse tiempo para sí mismo, repensar las dificultades y repensarse en la relación con uno mismo y los demás.

Las personas que comienzan este proceso, más allá del historial de intentos fallidos y los problemas de salud física que las aquejan, tienen una resistencia a reconocer el valor funcional que tiene su síntoma para ellas y para su entorno (Feixas y Miró, 1993).

En el grupo de inicio, todas las participantes eran mujeres y el común denominador a la hora de explicar su obesidad era que “se habían abandonado a sí mismas”, se presentaban como el pilar del hogar y como pieza

fundamental en sus respectivos trabajos. El costo de tantas cargas era el refugio en la comida, que Silvestri y Stalvile (2005) describen al abordar la comida como un mecanismo evasivo ya que permite dejar el conflicto en espera, en lugar de enfrentarlo y resolverlo; asimismo los autores al abordar la obesidad como una forma de castigo, dan cuenta de que suele afectar más a las mujeres que se sienten culposas de establecer límites y dedicarse un tiempo y espacio para sí mismas, teniendo la sensación de que nunca es suficiente lo que brindan en el ámbito afectivo.

Una de ellas, MIA, sostiene que suele abandonar lo que empieza. Admite que su sobrepeso la afecta en lo emocional y que tiene manifestaciones depresivas, lo cual da cuenta de lo que Bayle y Gonzalez (2011) afirman acerca de que la depresión es una afección frecuente en personas con obesidad. MIA dice que su pasión es su carrera (es enfermera en un hospital). Cuando se le interroga acerca de por qué está en el grupo contesta “para encontrar compañía”. De manera que la intervención apunta a que no olvide el objetivo principal que es el descenso de peso. En ese sentido, reconoce que ama su carrera, pero que tiene que empezar a amarse a ella misma, debido a que se descuidó por cuidar a los demás y que suele abandonar lo que le hace bien porque los demás le demandan tiempo, quedándose ella sin sus momentos ni espacio.

La intervención de la terapeuta consiste en que la paciente tome conciencia de que si no logra darse su lugar, no podrá sostener el tratamiento. Debe lograr comprometerse con ella misma.

En ese sentido, la obesidad de MIA es funcional para su entorno, al cual no puede decirle no ante las demandas y también para ella en el sentido de que funciona como una evitación de los conflictos que se generan cuando uno comienza a darse un lugar y establecer límites.

Por su parte, CELINA, tiene 45 años, trabaja en un banco, es controladora, no delega tareas en su oficio ni en su hogar, “las cosas no funcionan sin ella”, al mismo tiempo tiene dificultades para registrar lo que los demás proponen, es rígida y quiere que las cosas sean “a su manera”. Sin embargo, manifiesta haber reunido a su familia para que sepan que se daría un cambio debido a que ella iniciaría un tratamiento y dio las directivas de las responsabilidades que les corresponderían a cada uno. Por ende, se trataría de un intento de

negociación en el que paradójicamente ella sigue dando órdenes y determinando no sólo las tareas que debe asumir cada integrante de la familia sino también indicando la manera en la que deben hacerse. Asimismo, dice que está molesta porque su hija, quien también tiene problemas de exceso de peso, comenzó a interesarse por cuidar su alimentación. Tiene dificultades para cumplir con las pautas del plan alimentario, se queja de que no están claras, pero en realidad no terminó de leerlas. Es paradójico que el aparente control que logra sobre los demás, no lo logre con ella misma, tuvo episodios de atracones, admite que necesita ayuda pero sin darse cuenta presenta resistencia a la misma, se molesta ante intervenciones que la invitan a la autocrítica.

Se podría interpretar su obesidad como su escape (Silvestri y Stalvile, 2005) a aquello que no puede controlar de ella misma, sumado a que también para su familia es ventajoso que ella se haga cargo de todo, porque eso implica que las culpas recaen sobre su persona.

A lo largo del proceso terapéutico, se van encontrando nuevos matices del valor del síntoma, el mismo, muchas veces opera como un estabilizador de la familia o el entorno con el que el paciente se relaciona, también sirve para dejar de lado la toma de decisiones importantes como la elección de una carrera, independizarse, divorciarse, contraer matrimonio. Esto se observa porque las recaídas suelen darse ante situaciones estresantes que requieren tomar una determinación, teniendo una coherencia con lo que Silvestri y Stalvile (2005) sostienen acerca de la obesidad como mecanismo de evasión.

BEATRIZ planteó abandonar el tratamiento no sólo estando próxima a casarse y por miedo a ser despedida de su trabajo, sino también en un momento en el que también debía definir si apostar al ejercicio de su carrera (es asistente dental), así su caso no sólo se relaciona con lo que Silvestri y Stalvile (2005) sostienen de la obesidad como mecanismo de evasión a situaciones que requieren hacerse cargo de una decisión, sino también a lo que Bersh (2006) plantea de la comida como objeto transicional.

Imagen Corporal

Dentro de trastornos de la conducta alimentaria, la obesidad es una patología que el enfermo niega de alguna manera, el no reconocimiento puede darse por la alteración de la imagen corporal, en muchos casos se ven bien aunque la realidad indica lo contrario.

De acuerdo a Zukerfeld (2005), la obesidad afecta la imagen corporal en tres registros: forma, contenido y significado.

Los pacientes pudieron dar cuenta en repetidos encuentros de que “esquivaban el espejo”, no querían verse. Incluso al ir avanzando en el tratamiento, tienen dificultades para reconocerse con el peso alcanzado.

En cuanto a la afectación del registro de la forma, muchos de ellos antes de decidir iniciar el tratamiento, no se veían obesos hasta reconocerse eventualmente en una foto, en la que se sorprendían de su exceso de peso porque no lo habían percibido. Otros pudieron percatarse cuando un allegado les hacía un comentario. En muchos casos de mujeres, dijeron que cuando fueron a comprarse ropa, recién pudieron tomar conciencia de la magnitud de kilos aumentados.

Con respecto al registro de contenido, los pacientes relataron que antes de iniciar el tratamiento no podían establecer una ración de comida para cada ingesta, los dominaba la voracidad. Si les servían 5 hamburguesas, se comían todas. Cuando iban a comer un sandwich, no comían uno, sino 2 o 3 y también el postre. No comían una presa de pollo, sino el pollo completo, la comida ya no era una ocasión para compartir sino que los eventos se basaban justamente en la comida.

En cuanto al significado, la mayoría fue objeto de burlas, desplantes, les dificultaba encontrar pareja, en la búsqueda de trabajo también era una traba, porque en la cultura actual, pionera de la imagen, la buena presencia es más valorada que aquellas capacidades latentes (aunque no por eso no sean importantes).

Asimismo, en algunos casos, por el exceso de peso, los taxis no querían trasladarlos, actividades que otras personas realizan con normalidad para ellos eran un gran sacrificio: caminar sin agitarse, agacharse, encontrar talles para vestirse, subir escaleras, mantener la estabilidad en el colectivo, verse en el espejo o sacarse fotos sin tener angustia, etc.

SARA, mujer de 55 años, maestra, casada y madre de una hija, sostiene que el término “gordo/a” le desagrada, le parece ofensivo, prefiere hablar de “gordita/o”, dice que así es menos chocante. En ese sentido, muchos pacientes se manifestaron ofendidos cuando la película propuesta para el cine debate se llamaba “Gordos”, debido a que les resultaba confrontador porque esa categoría estaba cargada de significaciones negativas, con muchas de las cuales se identificaban y les generaba disgusto. Asimismo, no hay que olvidar que desde la perspectiva cognitivo constructivista de Lamberto et al. (2008), los trastornos de la conducta alimentaria se entienden como trastornos de la identidad, y que en ese marco el hecho de comenzar a indagar acerca de cómo se ven y cómo son vistos, genera incertidumbre porque cuestiona creencias acerca de su identidad.

En los grupos de inicio se evalúa la imagen corporal a partir de una ficha en la cual deben seleccionar la imagen con la que se identifican y la que pretenden alcanzar. La mayoría que toma la determinación de iniciar el tratamiento, lo hace por ver afectada su salud, en ese sentido los resultados varían: se presentan extremos, algunos eligen imágenes que no se condicen con su estado actual debido a que no tienen noción de su exceso de peso, y otros con la autoestima muy deteriorada y con un historial de descalificaciones seleccionan figuras donde el exceso de peso tiene una magnitud muy superior a la real.

El trabajo consiste en que puedan reconocerse y pensarse más allá de los kilos, en términos que les permitan tomar conciencia de sus cualidades positivas y reforzarlas, promoviendo las habilidades para la vida que recalca la Organización Mundial de la Salud (2002).

Papel de la familia

El papel de la familia es muy importante a la hora de interpretar las causas de la obesidad y la determinación de recursos para el tratamiento, porque tiene un valor pronóstico de consideración fundamental (Feixas y Miró, 1993).

El proceso terapéutico tiene elevadas posibilidades de éxito si la familia acompaña este objetivo, mientras que si no lo acompaña, tiende a boicotear los intentos de adelgazamiento (Silvestri y Stalvile, 2005).

CARINA tiene 54 años, madre de 5 varones, los cuales no viven con ella pero van a comer a su casa, ella debe encargarse de cocinarles y lavar su ropa. Es ama de casa, vive sola con su marido y su hijo de 16 años, pero su casa siempre está llena. Al comenzar el tratamiento, sus hijos ofrecieron poca cooperación con interrogantes tales como ¿para qué quieres bajar de peso?, invitándola a transgredir su plan alimentario durante los almuerzos, proponiendo comidas elevadas en calorías, llevándole postres y tortas. CARINA tiene dificultades para establecer límites y despegarse de responsabilidades que ya no le competen. Sus hijos casados, tienen de 25 años en adelante, pero siguen exigiendo que su madre les cocine. Al iniciar el tratamiento, el marido le propuso que un fin de semana se fueran para evitar que se tiente con lo que cocina a sus hijos, ella aceptó y fue un motivo de reclamo.

El intento de ubicarse en otro lugar, implicó también hacerse cargo de que no ponía límites, en ese sentido también la paciente se resistió a implementar cambios graduales en su relación con sus hijos, debido a que la madre que les cocina, les da todo su tiempo y vive para ellos parece ser más querida que aquella que se dá un tiempo y espacio para ella misma.

DIANA, de 43 años, madre de una nena, trabaja en un local de comidas, su esposo ante los resultados positivos del tratamiento, manifiesta que no vé cambios e incluso le propone consumir comidas que sabe que están desaconsejadas, en ese sentido ella manifiesta que se pudo poner firme y decirle que no haga eso, que ella quiere cumplir con sus pautas alimentarias.

FIORE, paciente que ya mencioné anteriormente respecto a que era la única del grupo +35 que comentó que sufría atracones a lo largo del tratamiento, tiene un esposo que manifiesta que su descenso de peso no es necesario

porque él la quiere así, asimismo es indiferente ante la pérdida de sus kilos y subestima la importancia de su propósito de bajar de peso.

Por su lado, INES, tiene 66 años, tiene antecedentes de depresión, vive con su marido y tiene 2 hijos que formaron su propia familia. Esta paciente es uno de los mejores descensos del grupo, debido a que encontró en el objetivo motivación y también cuenta con el apoyo de su esposo e hijos, que colaboran para que continúe con el proceso ya sea alentando sus cambios, planificando actividades en las que la paciente pueda participar y hacer aportes desde sus nuevos aprendizajes con el tratamiento.

SIMON, de 43 años, casado y padre de 3 hijas, manifiesta que su familia lo alienta sacándole fotos para que pueda percibir los cambios a lo largo del tiempo, para su cumpleaños su esposa le hizo una torta con ingredientes light. SIMON se siente contenido, y tiene un descenso promedio de 2.5 kilos semanales.

Por otra parte, hay pacientes que tienen parejas que también sufren obesidad, y que de acuerdo a Silvestri y Stalvile (2005) influyen en el tratamiento del cónyuge, por ende la decisión de iniciar un cambio en los hábitos alimentarios de una de las partes suele generar incertidumbres. En el caso de DARIO su pareja lo alentó e incluso inició también el tratamiento, pero la mayoría de las veces no suele darse eso. Asimismo, DARIO espera que su futura hija, no sufra lo que sufrió él por tener hábitos alimentarios inadecuados, en ese sentido, él relata que siempre fue gordo y que en su familia también habían varios obesos, funcionando esas figuras importantes como referentes de identificación a la obesidad, él teme que su hija repita la historia.

CESAR sostiene que su abuela en su niñez le inculcó el hecho de que la comida no debe despreciarse, tenía prohibido dejar sobras y cuanto más pesaba, ella decía que era más fuerte y sano. En ese marco, la familia desde la infancia también promueve hábitos alimentarios que favorecen o perjudican la salud. Silvestri y Stalvile (2005) explican que en muchos pacientes varones el miedo a estar delgado también se sostiene desde la creencia de que estar delgado equivaldría a ser menos fuerte y por ende, ser menos viril, y que la misma se suele inculcar desde la familia y la sociedad.

Estrategias de abordaje

En el grupo de inicio, la estrategia de la psicóloga consistió en ofrecer información acerca de los parámetros del tratamiento, sus diferentes aristas de abordaje y la importancia de cada una, generando un espacio de construcción en el cual los pacientes también puedan aportar sugerencias, inquietudes, disipar dudas y establecer un contrato terapéutico dejando en claro los derechos, obligaciones y responsabilidades de cada una de las partes. Dicha actividad permite centrar las bases del enfoque psicoeducativo (Denia Lafuente, 2011).

Posteriormente se solicitaba la presentación de cada miembro, que mencione su nombre, historia del peso y los motivos que tienen para iniciar el tratamiento, la mayoría fue porque su salud estaba comprometida, en ese sentido también se puede ir indagando cómo impactó en la familia la decisión, con qué recursos cuenta el paciente y si tiene conciencia de su enfermedad y consecuencias como también compromiso para con el proceso terapéutico.

Se dio también que muchos miembros cuestionaban la necesidad de asistir a las sesiones grupales, este espacio permitió ofrecer un panorama acerca de su utilidad, trabajando la resistencia al cambio que PichonRiviere (2001) analiza en el trabajo los grupos operativos describiendo los miedos básicos: miedo a la pérdida y miedo al ataque.

Finalmente se los hacía llenar una ficha, donde especificaban sus antecedentes de enfermedad, el peso máximo subido y descendido, cómo se veían y cómo querían verse, sugerencias e inquietudes.

Una vez terminada dicha sesión se determinaba el grupo al que concurrirían, y esa psicóloga era la encargada de comunicarle a cada coordinadora de grupo la información obtenida de los distintos pacientes.

En el grupo +35 uno de los temas más tratados a lo largo de las sesiones eran los festejos tales como: día de la madre, cumpleaños, casamientos, despedidas de fin de año, fines de semana largos o reuniones con amigos. La prevención de recaídas (VázquezVelázquez y LópezAlvarenga, 2001) fue uno de los aspectos en los que más se pudo énfasis.

En esos espacios de reflexión, un elemento importante fue el valor simbólico que tenía la comida (Silvestri y Stalvile, 2005). A nivel individual, las tortas eran más que un postre, FIORE regalaba comida para ocasiones como aniversarios, día de la madre o del padre, regalaba tortas aunque para el destinatario/a los dulces no fueran una debilidad, y reconocía que para ella sí lo era. En ese sentido se trabajó sobre el hecho de que ese regalo no parecía ser para otros, sino para ella misma. Ella asentía con risas, e incluso, sostenía que un encuentro sin comida no era un encuentro, en ese marco, se propuso que piense otras alternativas para regalar y regalarse.

LISANDRO es cura, tiene 24 años, y el sanguche de milanesa implica motivo de reunión y compañía, dicho alimento al no estar incluido en el plan alimentario, le genera una serie de inquietudes en el momento de decidir si ir o no ir a las reuniones. La propuesta fue que no se aisle, y en este marco también se da un debate entre profesionales, dado que las nutricionistas exigen que se cumpla a rajatabla el plan alimentario, sin tener en cuenta que la ausencia de un permitido puede ser preludio de atracones. Desde ese marco, las psicólogas trabajan en que si el deseo es muy fuerte, consuman lo que desean pero de manera medida, no desde el exceso, siguiendo la estrategia propuesta desde un marco cognitivo conductual de VázquezVelázquez y López Alvarenga (2001) que remarca la necesidad de que el plan alimentario debe ser flexible.

Asimismo, las bebidas también tienen una significación importante, el consumo moderado de alcohol y bebidas azucaradas que se promueven en el mercado constantemente de acuerdo a Begué et al. (2016), se ha buscado compensar con jugos, ensaladas de fruta, helados de agua, entre otros. Se trata de encontrar alternativas que desconocían, mediante lo que VázquezVelázquez y López Alvarenga (2001) definen como control de estímulos.

También el consumo de milanesas pudo controlarse mediante la preparación saludable de las mismas, algunas eran de berenjena, se realizaban al horno, con aceites más sanos, logrando que incluso el grupo familiar quiera consumirlas también. DIANA, incluso llegó a quejarse porque su hija quería comer también su comida.

Lo que se propuso es que cuando vayan a reuniones no sólo lleven su vianda, sino que en la medida de lo posible lleven algo que también los que no hacen tratamiento puedan compartir, para lograr una integración lo más normal posible.

Otra temática muy abordada fue la referida a lo que se come normalmente, en ese sentido la promoción de las comidas rápidas, la vida sedentaria y un sistema de salud que requiere que una persona tenga obesidad superior a grado 1 para cubrir los gastos sociales, son las principales dificultades encontradas.

GASTON, de 40 años, es chef, y asegura que cuando se trata de elegir la guarnición, las papas fritas son ampliamente preferidas ante las ensaladas. Su principal lucha fue la reducción de las harinas, el pan es uno de los alimentos más consumidos, asimismo el uso excesivo de bebidas gasificadas es cada vez mayor, en la sala de espera de los hospitales se vé con frecuencia que la mamadera de los niños tiene gaseosa y no leche, con una bolsa de chizitos o papas fritas y no una fruta.

Las políticas económicas y de promoción de una alimentación saludable no ayudan: una caja de leche es más cara que una caja de vino o una dosis de paco. Algo paradójico en un país que fue considerado el granero del mundo. De manera que no se cumple la propuesta que VazquezVelazquez (2008) realiza para un sistema de salud pública eficaz en el abordaje de la obesidad.

La comida chatarra al ser más accesible y presentar promociones tales como paga uno, consumen dos, la ampliación del combo por \$15, etc. ofrece bajos costos en cuanto a su acceso pero un elevado daño en la salud. Los integrantes del grupo presentan cardiopatías, problemas en la columna y las rodillas, diabetes, hipertensión arterial, etc. De manera que las intervenciones buscan generar conciencia respecto a lo que se come y por qué se lo come.

El enfoque psicoeducativo es clave (Denia Lafuente, 2011). Se trata de aprender a llevar a cabo el plan alimentario, conocer qué alimentos son convenientes, las combinaciones posibles, la frecuencia de consumo, qué alimentos se deben evitar por la noche, la preparación adecuada de los mismos, la implementación de la variedad, crear alternativas para eventos y recurrir a estrategias ante la ansiedad por la próxima comida. En ese sentido, el uso de la gelatina light puede ser un buen recurso.

Las nutricionistas están para ofrecer la información necesaria, el grupo permite procesarla e incluso es facilitador en la transmisión de los nuevos hábitos y alternativas posibles. También se ofrecían espacios para el cuestionamiento de determinados mitos, por ejemplo, el hecho de pensar que si se bebía agua en exceso se bajaba más de peso, o que si se salteaban comidas era mejor (cuando esto perjudicaba claramente el metabolismo).

En cuanto a las transgresiones al plan alimentario, sobre todo en el mes de diciembre (característico por las despedidas y festejos) se puede observar que luego de los fines de semana largos, había un importante ausentismo o los temas propuestos por los miembros evitaban analizar lo que habían comido. En ese sentido, es importante poder señalar esas cuestiones, no dejar que las pasen por alto. Por eso, una de las estrategias más utilizadas ante posibles episodios de transgresión era la prevención de las recaídas. Se ofrecía un clima de reflexión acerca de las dificultades posibles a encontrar y la reafirmación o redefinición de los objetivos a corto plazo. DIANA, se había propuesto como objetivo eliminar el “picoteo”, es decir, no comer fuera de horarios alimentos que no tenía prescritos, DARIO quería bajar 6 kilos hasta finalizar el año, CESAR quería superar la barrera de los 30 kilos bajados.

Se trataba de que el paciente tuviera presente su compromiso consigo mismo y el grupo, el cual operaba como un factor motivador importante. La lucha se compartía, el avance de uno estimulaba al resto y viceversa. Asimismo, si la transgresión ya había sido realizada, las acciones se destinaban a comprender a qué se asociaba la misma y qué resolución ante el conflicto podía encontrar, el grupo brindaba diversas alternativas y se analizaban las posibilidades propuestas, se ponían en práctica y los resultados eran discutidos.

También se trabajaron las expectativas que no llegaban a cumplirse. BEATRIZ por sus problemas en la columna tuvo que tomar corticoides durante un mes, esto repercutió en la balanza, dado que a pesar de sus continuos esfuerzos sólo bajaba gramos. La intervención consistió en que la paciente pudiera reconocer otros logros como por ejm. la adquisición de hábitos saludables, entre ellos que había podido incorporar la actividad física en su rutina diaria.

El descenso de peso y la adquisición de hábitos alimentarios saludables no son lineales, presentan altibajos debido a circunstancias, la influencia de los viejos hábitos y conflictos intrapsíquicos asociados.

En cuanto a la preparación para el ingreso a la etapa de mantenimiento, se da una negociación del peso a alcanzar, siempre dentro de los parámetros de la salud, muchas veces el paciente no quiere estar muy delgado, también se trabaja la cuestión de los colgajos (la necesidad o no de intervención quirúrgica), se trata de que el paciente pueda reconocerse y quererse con su nueva figura, que se reconozca en el espejo. La mayoría de los pacientes del grupo pensaba seguir en la etapa de mantenimiento, sin embargo la que más cerca estaba del objetivo, MARIANA, manifestó que el tratamiento la tenía cansada y que prefería dejarlo ahí.

Lo que se hizo fue indagar acerca de su cansancio, que pueda pensar en el carácter crónico de la enfermedad y de la necesidad de contar con recursos que le permitan mantener los resultados y tener una buena calidad de vida.

Las estrategias de abordaje en general buscaron promover el autoconocimiento, empatía, la comunicación asertiva, las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el manejo de emociones y sentimientos, y el manejo de tensiones y estrés, aspectos que configuran las habilidades para la vida (Organización Mundial de la Salud, 2002).

El autoconocimiento se promovió a partir de la reflexión acerca del valor funcional del síntoma como también el registro personal, poder reconocerse en el espejo, con los kilos bajados, reconocerse en las acciones y decisiones por las que opta ante un conflicto y relacionarlas a las eventuales transgresiones.

La empatía fue el sostén del grupo, porque al ser escuchados por personas que comparten la misma tarea, pudieron descargarse, debatir, aprender. Escucharse y escuchar al otro, desarrollando la capacidad de espera y tolerancia a las frustraciones.

La comunicación asertiva fue un aprendizaje muy importante, dado que muchas veces detrás de la obesidad escondían dificultades para transmitir lo que se siente, piensa o necesita. El hecho de mantenerse obeso como una forma de reclamarle a la pareja su inconformidad o para evitar un conflicto, se va modificando a medida que la palabra va circulando, se trata de que “no se

coman sus palabras”, de que puedan expresar lo que les pasa para poder visualizar claramente cuál es la situación y a partir de ahí realizar las acciones pertinentes.

En cuanto a las relaciones interpersonales, el cambio no sólo afecta su conducta alimentaria, sino que también a medida que avanza el tratamiento mejoran la calidad de sus vínculos e incluso logran ampliarlos, esto también facilita el tratamiento porque aumenta la autoestima y se mejora la capacidad de resolución de problemas, contrarrestando la enfermedad. Esto pudo verse en INES, DARIO, GASTON, EVARISTO, SIMON, JULIO y MARIANA, al margen de los diferentes momentos del tratamiento en el que se encontraban, pudieron flexibilizarse para relacionarse con los demás y ubicarse en una posición que les permitía compartir sin ser avasallados ni avasallar, el establecimiento de límites no sólo consiste en evitar excesos en la comida sino también en aprender a establecer, mantener o terminar una relación cuando sea necesario, e interactuar de manera positiva en la cotidianidad. Este aspecto fue muy trabajado debido a que en la mayoría de los casos, quien inicia el tratamiento viene con una sensación de haberse abandonado por mucho tiempo, dejando de lado sus necesidades y emociones por complacer a los demás o por no haber sabido construirse un lugar desde el cual se valore y sea valorado.

En cuanto a la promoción de la toma de decisiones y resolución de problemas, se trabajó el hecho de que puedan hacerse cargo de lo que eligen. El establecimiento de objetivos, los esfuerzos que implican y los plazos esperados forman parte de una elección que a su vez permite que se pueda decidir en otros aspectos de la vida postergados, reduciendo la evasión de conflictos con la comida reconociendo el valor funcional de su síntoma.

Las sesiones grupales también estimularon el pensamiento creativo en relación a la construcción de alternativas de resolución y estrategias para alcanzar objetivos, las mismas se comparten, discuten, perfeccionan. A veces lo que le sirve a uno a otro no le sirve, pero le permite ir pensando y operando de acuerdo a su propia situación e historia.

También el pensamiento crítico fue potenciado porque el autoconocimiento, la necesidad de mejorar la calidad de sus decisiones y resolución de conflictos,

son resultado de un proceso de evaluación, autoanálisis y autorregulación que se logra en la dinámica grupal.

El manejo de emociones, sentimientos y estrés consistió en poder reconocer las señales del cuerpo, las emociones imperantes y asumir que el reto no consiste en evadir tensiones sino en aprender a vivirlas de modo saludable y enriquecedor. En ese sentido, se pudo corroborar a lo largo de los encuentros que el autocontrol es un aspecto central porque permite contralar las emociones y conductas y que esto se liga también al autoconcepto, porque en definitiva la persona también actúa en función de cómo se define y las creencias que sostienen esa identidad.

CONCLUSIONES

En el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas se pudo verificar la importancia de abordar los factores psicológicos en la obesidad, desde una mirada interdisciplinaria, debido a que los pacientes ya habían realizado intentos fallidos para lograr un peso saludable, basándose en programas de dieta y ejercicio físico que no contemplaban la historia de su peso ni el valor funcional que tenía ese síntoma en su situación vital.

No se ha probado que la obesidad sea causada por los factores psicológicos, pero sí se pudo corroborar la necesidad de abordarlos en su tratamiento. Se han llegado a considerar varias teorías psicológicas de la obesidad, enmarcadas dentro de diferentes modelos que la explican a partir de diversos mecanismos, pero lo único que se puede derivar de esto es la necesidad de reconocer y asumir lo complejo de comprender este fenómeno.

En el presente trabajo, se puso énfasis en el análisis de los factores referidos a los sistemas de creencias que dificultan el abordaje, el valor funcional del síntoma, el papel de la familia y las alteraciones psicológicas frecuentes en esta patología.

Si se entienden los trastornos de la conducta alimentaria como trastornos de la identidad (Lamberto, Pizarro, Cheliz y Matteucci, 2008), al abordar las creencias de los pacientes en relación a su registro corporal y sus potencialidades, se encontraron en muchos casos resistencias referidas al hecho de hacerse cargo de su obesidad y reconocer su implicancia en la

misma, al mismo tiempo que ésta, al cumplir un valor funcional como síntoma, les otorgaba una serie de beneficios secundarios propios de la enfermedad y cierta estabilidad en el sistema.

La obesidad en los pacientes funcionaba como una vía de escape a los conflictos, la toma de decisiones necesarias, las situaciones deseables y el miedo a estar delgado, dichos aspectos fueron reconocidos por Silvestri y Stalvile (2005) y mediante el uso de grupos operativos, se pudo trabajar los miedos que fundamentan dichos factores, que son el miedo al ataque y el miedo a la pérdida (Pichón Riviere, 2001), favoreciendo cambios operativos a medida que avanzaba el proceso terapéutico.

En cuanto al papel de la familia y el cónyuge, se pudo observar que si se logra un acompañamiento, se facilita el tratamiento y los resultados son más rápidos, los pacientes que tienen mejores descensos son los que cuentan con el apoyo de su grupo familiar. Sin embargo, los intentos de boicot, si bien pueden dificultar el proceso, no lo determinan.

Asimismo, los pacientes también toman de su familia modelos identificatorios, que al sostenerse en el tiempo generan hábitos que influyen en su conducta alimentaria y mantienen su obesidad.

En relación a las alteraciones psicológicas más frecuentes, si bien en los grupos de inicio, los participantes se mostraban abatidos, desganados y con manifestaciones depresivas, éstas se reducían considerablemente al participar activamente del grupo operativo a medida que se iban logrando los objetivos de descenso semana a semana.

El manejo de la ansiedad y el estrés, fue trabajado promoviendo el autocontrol e incentivando las habilidades para la vida, las cuales permitían que el paciente poco a poco aprenda a vivir en condiciones más saludables, tomando distancia del goce puesto en juego en la obesidad.

Los niveles de ansiedad solían ser elevados durante las primeras semanas, debido a que lleva un tiempo la adaptación al nuevo plan alimentario, tolerar la espera entre las comidas y regular la cantidad de los alimentos. Sin embargo, sólo una paciente, de los 20 participantes, manifestó sufrir atracones durante el proceso.

La distorsión de la imagen corporal fue abordada desde el primer encuentro, debido a que el tratamiento implica un reencuentro con uno mismo, y los

pacientes asistían sin poder reconocerse en el espejo ni en las fotos, se incentivó el registro corporal, la negociación del peso a alcanzar y aspectos ligados a la autoestima, dado que con los resultados, tenía un impacto positivo en cómo se percibían a sí mismos y al mismo tiempo les ofrecía la pauta de que podían creer en ellos mismos y sostener su identidad desde una perspectiva más positiva.

En cuanto al rol del Psicólogo, se pudo reflexionar acerca de la importancia de definir un marco teórico desde el cual intervenir y tener conciencia de que cada intervención debe ser pensada para el momento oportuno y de acuerdo a la solidez que se haya establecido en el vínculo terapéutico.

VázquezVelázquez (2001) afirma que aunque la obesidad es fácil de identificar, es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico, no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica.

Si bien el Psicoanálisis ofrece un aporte muy importante acerca de los aspectos dinámicos puestos en juego y la operatoria del goce como escape a la ley del Nombre del Padre, en términos operativos, el tratamiento de la obesidad tiene más eficacia desde un enfoque directivo.

Cada paciente tiene una historia, conflictos, recursos y condiciones diferentes, lo que se busca es que el grupo pueda promover su potencial para reducir sus dificultades, se trata no sólo de lograr una supresión sintomática sino también un esclarecimiento del valor funcional del síntoma. En este marco, los grupos centrados en la tarea promueven un cambio operativo, que consiste en transformar situaciones dilemáticas en dialécticas, haciendo manifiesto lo latente.

El proceso terapéutico les permite a los miembros del grupo un reencuentro consigo mismos y la construcción de estrategias que sirvan no sólo para bajar de peso sino que también les permitan abordar y reconocer los conflictos que evaden con la comida. El trabajo grupal ofrece la posibilidad de modificar la relación con uno mismo y los demás y ubicarse desde una posición saludable.

El rol del psicólogo consiste en crear condiciones para que el cambio operativo sea posible, determinando un plan de intervención que tenga en cuenta los objetivos, plazos, estrategias y recomendaciones necesarias.

PROPUESTAS

El abordaje interdisciplinario resulta clave en el tratamiento de la obesidad, para lo que se requiere profesionales de la salud formados para el trabajo en equipo y el aprovechamiento de los aportes de las diferentes líneas intervinientes.

Esta propuesta consiste en que se refuerce el establecimiento de la alianza terapéutica, porque para poder confrontar al paciente y generar un cambio operativo es fundamental que el mismo valide el rol del psicólogo y sus aportes, sino lejos de favorecer el proceso, se lo entorpece. De manera que sería óptima una entrevista individual luego de la etapa de inicio, realizada por el profesional que se determinó a cargo. En la misma se tendrían que trabajar no sólo la motivación sino también los miedos imperantes, cómo percibe su problema, cuales son los aspectos más afectados en su calidad de vida y poder inferir un diagnóstico de su estructura, porque una intervención no puede darse al azar y desconociendo la potencial eficacia de la misma.

En cuanto al seguimiento del proceso, deberían solicitarse sesiones individuales cuando el paciente presenta un reiterado ausentismo o cuando el estancamiento es continuo, ésto le permite al paciente saber que es tenido en cuenta, ser contenido y aprovechar ese espacio para estimularlo a que participe en el grupo, como también se puede reconocer la necesidad de derivarlo a una terapia individual de ser necesario.

El enfoque psicoeducativo, es una herramienta fundamental no sólo para el tratamiento sino también para la prevención de la obesidad. Así es que en el marco preventivo, esta propuesta consiste en ofrecer, desde los Centros de Atención Primaria de Salud y Hospitales, a las madres que realizan los controles pertinentes, cartillas donde se indiquen pautas alimentarias saludables, como también ofrecer charlas destinadas a los padres en los Centros de Integración Comunitaria y escuelas. También es importante que se implementen políticas que promuevan una vida sana, entre ellas que sea accesible el consumo de frutas y jugos en los recreos escolares, aumentar la frecuencia de las clases de educación física y baile como asignaturas obligatorias, realizar actividades en la escuela referidas a los planes

alimentarios donde los niños jugando y participando aprendan cuáles son las alternativas saludables y sus beneficios.

Asimismo, las obras sociales deben reevaluar su programa de cobertura, la salud no es un negocio, sino que se trata de un eje vital y debe ser abordado como tal, de manera que el Estado debería intervenir para que la salud sea garantizada. En ese sentido, se ha comenzado a implementar en los Hospitales y Centros de Atención Primaria de Salud, programas para el tratamiento de la obesidad, sin embargo hay que profundizar su promoción y alcance.

En cuanto a la formación profesional, en Tucumán los programas de estudio deberían incluir más contenido acerca de esta problemática, como también promover la investigación mediante convenios con establecimientos que tienen acceso a la población afectada.

Entendiendo que la obesidad es una epidemia y que el saber psicológico puede ofrecer un gran aporte para su abordaje, se concluye este trabajo afirmando que se trata de un fenómeno multidimensional y que la determinación y descubrimiento de las fortalezas del paciente resulta clave para poder facilitar el afrontamiento de este proceso. Las recaídas, estancamientos y dificultades que implica la adquisición de nuevos hábitos requieren el abordaje psicológico para lograr el peso establecido y una rutina de alimentación y actividad física saludable, como también el mantenimiento de estos logros a lo largo del tiempo.

Bibliografía.

- Begué C., Galante M., Gaudio M., Goldberg L. y King A. (2016). *Obesidad: Determinantes, epidemiología y su abordaje desde la Salud Pública*. Boletín de Vigilancia N° 8: Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Ministerio de Salud. Buenos Aires.
- Belaga, Guillermo. (2005). *La urgencia generalizada: ciencia política y clínica del trauma*. Buenos Aires. Grama.
- Lamberto, M. L., Pizarro, V., Cheliz E. y Matteucci, V. (2008) *Terapia Cognitiva y Trastornos Alimentarios*. En Baringoltz Sara y Levy Ricardo (comp). *Terapia Cognitiva: del dicho al hecho*. Buenos Aires. Polemos.
- Meza Peña Cecilia y Moral de la Rubia, José. (2011) *Obesidad: una aproximación desde la psicología psicoanalítica*. Revista Apertura Psicoanalítica. México.
- Denia Lafuente M. (2011). *Tratamiento Cognitivo Conductual de la Obesidad*. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Ramon y Cajal. Madrid.
- Feixas, Guillem y Miró, Maria Teresa (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona. Paidós.

- García, Nancy del Valle. (2008). *Habilidades para la vida, un nuevo enfoque para una nueva realidad social*. Ficha de cátedra. Tucumán. UNSTA.
- GarciaGarcia E., De la Llata Romero M., KauferHorwitz M., Tusié Luna M. T., Calzada León R., VazquezVelazquez V., y otros. (2008). *La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión*. Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.
- GerezAmbertin, Marta. (2014). *Imperativos del Superyó. Casos Clínicos*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Lacunza, A. B., Caballero S. V., Salazar Burgos R., Sal J., Ale M., Filgueira J., Fernandez N. y Diaz Y. (2015) *Características de personalidad en adolescentes con sobrepeso y obesidad*. Revista Psicología y Salud. Volumen 25. Argentina.
- Lacunza, A. B., Caballero S. V., Salazar R., Sal J., Filgueira J. (2013) *Déficit sociales en adolescentes con sobrepeso y obesidad*. Revista Ciencias Psicológicas. Volumen 7. Argentina.
- PichonRiviere Enrique. (2001). *El proceso grupal: del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Silvestri Eliana y Stavile Alberto Eduardo. (2005). *Aspectos Psicologicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Córdoba.
- VazquezVelazquez Verónica y Lopez Alvarenga Juan Carlos. (2001). *Psicología y Obesidad*. Revista de Endocrinología y Nutrición. Volumen 9. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. México.