

UNIVERSIDAD DE PALERMO

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

“Intervenciones y vínculos paciente- terapeutas en grupos de descenso de peso”.

Alumna: Ana Postiglione

Tutora: Dra. Vanesa Góngora.

Noviembre 2017

INDICE

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1.Objetivo General	4
2.2. Objetivos Específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	5
3.1. Obesidad.....	5
3.1.2 Epidemiología.....	5
3.1.3 Etiología.	7
3.1.4 Criterios para el diagnóstico de la obesidad	10
3.1.5 Características psicológicas en personas obesas.	11
3.2 Tratamientos psicológicos en obesidad.	13
3.2.1 Abordaje grupal en los tratamientos de obesidad.	14
3.2.2 Terapia cognitivo conductual en el tratamiento.	16
3.2.3 Rol del terapeuta.	19
3.3. Método de la institución elegida.	21
4. Metodología	24
4.1. Tipo de estudio	24
4.2. Participantes	24
4.3. Instrumentos	24
4.4. Procedimiento	25
5. Desarrollo	26
6. Conclusiones	40
6.1. Resumen del desarrollo	40
6.2. Limitaciones	41
6.3 Perspectiva crítica.....	42
6.4 Aporte personal.....	43
7. Bibliografía.....	45

1. Introducción

La Práctica y Habilitación Profesional V fue realizada en un centro terapéutico para el tratamiento de la obesidad, en el barrio de Belgrano, CABA.

El Centro Terapéutico es una Institución dedicada a resolver desórdenes alimentarios. Su objetivo principal es la modificación de hábitos nocivos relacionados con la comida, a partir de la toma de conciencia respecto de límites y excesos. Trabaja un equipo interdisciplinario de médicos, nutricionistas, psicólogos y profesores de educación física. La concurrencia al mismo fue desde el mes de Abril 2016 hasta Septiembre del mismo año, cuatro veces por semana a los grupos de descenso de peso, hasta completar las 280 hs. de asistencia.

El grupo de descenso de peso de las 19.00hs era coordinado por el fundador del centro y creador del método, así como también asistido por otros profesionales: médicos, psicoterapeutas y profesores de educación física, que iban rotando según el día de la semana.

Las actividades que realizadas durante este periodo fueron: observaciones directas en los grupos de descenso, además de participación en talleres y jornadas especiales.

De la observación de los grupos, las intervenciones realizadas por los terapeutas, los vínculos entre pacientes y terapeutas surgió el objetivo del Trabajo Final Integrador.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Describir el rol de los terapeutas del centro terapéutico para el tratamiento de la obesidad y el vínculo que establecen con los pacientes dentro de los grupos de descenso.

2.2. Objetivos Específicos

- I. Describir el rol de los profesionales en los grupos de descenso y los tipos de intervenciones que realizan.
- II. Analizar los vínculos pacientes- terapeutas en los grupos de descenso.
- III. Describir el rol y los vínculos del fundador de la institución y sus intervenciones en los grupos de descenso.

3. Marco Teórico

3.1. Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica, que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo. Cuando la reserva natural de energía de los humanos—almacenada en forma de grasa corporal— se incrementa hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida de la persona. La obesidad junto con el sobrepeso afecta a más de la mitad de la población en los países desarrollados, por lo que ha sido considerada como la epidemia del siglo XXI. En el caso de los adultos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación: Sobrepeso: Índice de masa corporal o IMC (Quetelet, 1835) igual o superior a 25. Obesidad: IMC igual o superior a 30. Según las estadísticas cada año mueren al menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Las diversas definiciones que dan los autores, investigaciones y tratamientos cobran cada vez más relevancia en el área de estudio, ya que su impacto en la sociedad es cada vez más significativo. Según Daza (2002) es el trastorno metabólico y nutricional más antiguo en la historia de la humanidad.

Braguinsky (1997) define a la obesidad como una enfermedad epidémica, metabólica, crónica, heterogénea y estigmatizada, que se caracteriza por el exceso de grasa corporal cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. Kaplan (2009) la define como una enfermedad compleja, resultado de una combinación de susceptibilidad genética, mayor disponibilidad de alimentos con alto contenido calórico y la reducción de la actividad física característica de la sociedad moderna.

3.1.2 Epidemiología.

Las personas han ido cambiando su dieta, y hoy en día se inclinan por una mayor ingesta de alimentos ricos en grasa, sal y azúcares, pero a la vez, pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes. La acumulación excesiva de grasa, puede producir secundariamente alteraciones de la regulación, metabolización y secreción de diferentes hormonas.

En este contexto, las corrientes epidemiológicas actuales sobre la evolución de la obesidad, indican que una casusa importante del problema de la obesidad subyace en los modelos dietéticos y de actividad física como se menciona anteriormente, mientras que diferentes estudios metabólicos y genéticos, revelan que hay individuos más susceptibles a ganar peso que otros. La prevención y tratamiento de la obesidad, exigen una visión integrada de lo mencionado previamente. (Martinez et al., 2002).

La Organización Mundial de la Salud calificó a esta enfermedad como epidemia mundial en el año 1998 y actualmente es considerada un problema de salud pública de carácter mundial con alta prevalencia, que crece exponencialmente y es considerado una epidemia, teniendo mayor incremento en los países considerados emergentes (OMS, 2015).

Existen a nivel global más de un billón de adultos con sobrepeso, de los cuales por lo menos 300 millones de ellos son obesos (Sánchez Castillo, Pichardo Ontiveros & López, 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud (2016) en 2014 determinó que alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. Y que un 39% de la población sufría sobrepeso (lo que equivale a más de 1900 millones de adultos con sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos). En lo que respecta a los niños, determinó en el mismo año que 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. Cabe destacar que entre 1980 y 2014, la prevalencia mundial de la obesidad se ha más que duplicado (la proporción global de adultos con sobrepeso, es decir, aquellos con un IMC de 25 kg/m² o más, aumentó de 28,8% a 36,9% en hombres y de 29,8% a 38% en mujeres). En la actualidad, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia.

En Argentina, de acuerdo a datos de la tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2013 (ENFR), la prevalencia de exceso de peso en adultos fue de 57,9%, mientras que en 2009 el valor había sido de 53,5% y en 2005 de 49,1%. Este indicador se compone de un 37,1% de personas con sobrepeso y un 20,8% de personas con

obesidad. El valor fue mayor es el de los varones (43,3%) vs. el de mujeres (31,3%). Otra diferencia significativa se da entre la población de mayor edad (con un máximo de 42,6% en el grupo de 65 años y más) con respecto al grupo de 18 a 24 años (25,4%). A su vez los resultados de la encuesta arrojaron que la población con nivel educativo “hasta primario incompleto” presentó una prevalencia mayor de obesidad (28,1%) que el grupo con “secundario completo y más” (17,0%).

A pesar de ello, mediante estimaciones realizadas por la OMS, es posible estimar que cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas en el mundo como consecuencia del exceso de peso (Ministerio de Salud Argentino, 2016).

3.1.3 Etiología.

Si bien la obesidad es una enfermedad multifactorial, la causa fundamental tanto del sobrepeso como de la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y las gastadas. A nivel mundial ha ocurrido un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y a la vez, un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización (OMS, 2016). Variantes genéticas que habían permanecido silenciosas pueden ahora manifestarse por la alta disponibilidad de energía en las dietas híper grasas de las sociedad modernas y por el creciente sedentarismo ya mencionado. La predisposición genética entonces se relaciona con la ingesta así como también con el gasto calórico. Los genes que están implicados en la regulación del peso corporal; algunos de ellos se relacionan específicamente con el control de la ingesta, mientras que otros podrían afectar la relación energética entre ingesta y el gasto calórico (Martínez, Moreno-Aliaga, Marques-López y Martí, 2002).

Entre los diversos factores que pueden causar obesidad, se puede atribuir un 30 % a factores genéticos, 40 % a factores no heredables y 30 % a factores sociales. También es importante destacar que otra parte de la población obesa, encuentra su causa en enfermedades hormonales o endocrinas, y pueden ser solucionados con un correcto diagnóstico y tratamiento. (Mazza, 2001). También Hernandez- Jimenez (2004) habla de

que el impacto genético como factor etiológico de la obesidad es de aproximadamente un 30% o 40%, mientras que el restante porcentaje se atribuye a factores ambientales.

Cuando hablamos de factores ambientales es importante destacar que no todas las personas con obesidad tienen un mismo agente desencadenante, por lo que es importante para tratar la enfermedad poder identificar y estudiar cada caso en forma individualizada (Bastos et al., 2005).

Teorías psicológicas, como la psicósomática o la del comer emocional, fueron desarrolladas para explicar esta enfermedad. Heatherton, Herman & Polivy (1991) explican que el comer emocional es la tendencia a comer en respuesta a emociones negativas y es considerada una respuesta inadecuada a la angustia, mientras que Bruch (2002) propone que las personas obesas tienen una mayor propensión a comer en exceso cuando experimentan emociones negativas y la llama la teoría psicósomática. Sin embargo, ambas teorías explican el comer excesivo en respuesta a emociones negativas.

Geliebter (2002), en la misma línea que los autores anteriores, plantea que determinadas situaciones emocionales pueden afectar la ingesta de ciertos alimentos. Individuos con bajo peso comen menos que personas con sobrepeso durante episodios negativos y situaciones emocionales positivas. Los resultados de una investigación del autor se presentan para ambos sexos. Bruch (2002) dice que el comer emocional significa una forma de recompensa para el individuo, que provoca bienestar y emociones positivas para hacer frente al estrés. A la vez, el estrés genera mayor liberación de insulina al torrente sanguíneo, la cual promueve la ingesta de alimentos ricos en azúcares.

La obesidad es entonces una consecuencia de la incapacidad de distinguir el hambre de otros estados internos de aversión o de la utilización de alimentos para reducir la angustia emocional, probablemente debido a las experiencias de aprendizaje temprano. El comer emocional aumentaría específicamente el consumo de alimentos dulces y ricos en grasa (Macht, 2008).

Cormillot (1991) señala que los factores desencadenantes de la obesidad son todos los hechos psicológicos, fisiológicos y sociales que suceden en la vida de un individuo y que pueden provocar estados de estrés o generar tensiones que pongan, a su vez, en movimiento, todo lo que está latente para que se convierta en manifiesto. Todo lo que signifique un cambio, bueno o malo, puede actuar como factor desencadenante de la obesidad.

Más allá de que la mayoría de los autores concuerda en que la obesidad no tiene una causa única, además de los factores ambientales, hereditarios, hormonales, metabólicos, psicosociales, etc., podemos encontrar las teorías biológicas específicas relacionadas con el desarrollo de la enfermedad, como pueden ser la hipótesis del gen ahorrador, o la de los genes asociados a la leptina.

La hipótesis del gen ahorrador:

Una de las hipótesis que existen es la propuesta por Neel (1962), en la cual un “gen ahorrador” modifica la liberación de insulina y el almacenamiento de glucosa. El autor de dicha hipótesis pretendía explicar la epidemiología de la diabetes mediante la exposición de casos clínicos de niños y adultos, relacionándola con la historia de la evolución, llegando a la conclusión de que este gen permitía una utilización eficiente de los alimentos, lo que proveía una ventaja de supervivencia, generando un almacenaje eficiente del exceso de energía y sobrevivir a períodos de escasez de alimentos. Dada la occidentalización del modo de vida, los alimentos consumidos actualmente son abundantes en carbohidratos, ocasionando que personas con dicho gen sean propensas a padecer diabetes y obesidad.

Genes asociados a la leptina

La leptina es una hormona secretada por los adipocitos, esta es transportada por la circulación hasta el sistema nervioso central, donde se une a los receptores de leptina en el núcleo arqueado del hipotálamo, estimulando la producción de proopimelanocortina (POMC). Anteriormente se pensaba que la deficiencia de leptina era causa de obesidad, pero ahora sabemos que la obesidad suele tener altos niveles de leptina y que la resistencia a la leptina es la causa más probable de obesidad. Se ha observado que un individuo genéticamente delgado puede ganar entre 7 y 8 kilogramos antes de que los niveles de

leptina aumenten lo suficiente para detener el aumento de peso. Al parecer las personas que ganan más peso pudieran no responder a la hormona, ya sea por una deficiencia en la síntesis o por alguna mutación en alguno de los muchos mecanismos de acción de la leptina. Las mutaciones de este Sistema leptina, receptor de leptina, POMC, o el receptor de la hormona estimuladora de los alfa melanocitos pudieran estar involucrados en el desarrollo de la obesidad (Acosta-Hernández et.al., 2013).

3.1.4. Criterios para el diagnóstico de la obesidad.

Los organismos gubernamentales en los Estados Unidos, determinan el sobrepeso y la obesidad utilizando el Índice de Masa Corporal (IMC). Es un método simple y ampliamente usado para estimar la proporción de grasa corporal. Éste es calculado dividiendo el peso del sujeto (en kilogramos) por el cuadrado de su altura (en metros), por lo tanto es expresado en kg/m^2 (OMS, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (1998) ha propuesto una clasificación del grado de obesidad IMC como criterio: Normopeso 18,5-24,9 Kg/m^2 ., Obesidad grado I (sobrepeso) 25-29,9 Kg/m^2 ., Obesidad grado II 30-34,9 Kg/m^2 ., Obesidad grado III 35-39,9 Kg/m^2 y Obesidad grado IV Mayor de 40 Kg/m^2 . Un IMC entre 25 y 29,9 es considerado sobrepeso y cualquier valor sobre 30 es obesidad. Individuos con un IMC por encima de 30 incrementan el riesgo de varios peligros para la salud (OMS, 2012).

La clasificación de Stunkard (1984) distingue tres tipos de obesidad y tratamientos según sean obesos ligeros, moderados o severos.

- I. Obesidad ligera: Tienen un sobrepeso del 20 al 40 por ciento de standard, con células hipertróficas (células grasas engrandecidas), no está claro que su sobrepeso les acarree problemas de salud, y son sujetos ideales para el tratamiento psicológico conductual.
- II. Obesidad moderada: Tienen un sobrepeso del 40 al 100 por ciento del standard, tienen células hipertróficas y a la vez hiperplásticas (es decir que tienen un mayor número de células que na persona normal)- El tratamiento ideal para estas personas, según el autor,

es una combinación de una dieta baja en calorías (que le permitirá un rápido descenso de peso) y una terapia conductual (para mantener el nuevo peso).

- III. Obesidad severa: El sobrepeso supera al 100 por ciento del estándar. Son sujetos hipertróficos e hiperplásticos y tienen gran riesgo para un gran número de enfermedades y para una muerte prematura. Se ha utilizado con ellos terapia conductual, sola o combinada, con dietas bajas en calorías, operaciones quirúrgicas (Freeman, 1986). La probabilidad de éxito en estos pacientes es escasa, y se sugiere que si fallan los procedimientos anteriores, o si el paciente no puede ser intervenido quirúrgicamente, se lo ayude a adaptarse social y psicológicamente a ser obeso (Brownell y Foreyt, 1985).

3.1.5 Características psicológicas en personas obesas.

No existe una psicopatología específica del paciente con obesidad. Ciertos factores psicológicos como la motivación y resistencia ante el cambio, la impulsividad, las funciones ejecutivas, la regulación emocional y la tendencia adictiva, podrían ser patogénicos ya antes de aparecer la adiposidad (Marcus, 2009).

Una vez declarada la obesidad, la persona puede desarrollar características psicológicas que muchas veces hacen que se perpetúe la enfermedad. El sujeto relaciona todos, o casi todos, los conflictos de su vida con la comida y ésta se presenta como la solución rápida y fácil para escapar de estados de displacer. Frente a un problema, la persona siente que necesita comer determinado tipo de alimentos o vuelca su ansiedad comiendo con voracidad (Cormillot, 1991).

Las causas de la obesidad rara vez se limitan exclusivamente a factores genéticos, al comer en exceso, o a un estilo de vida sedentario. Sentimientos de tristeza, ansiedad o estrés a menudo llevan a las personas a comer más de lo usual por periodos prolongados. Sin embargo, a menos que actúe para enfrentar estas emociones, estas estrategias a corto

plazo pueden ocasionar problemas a largo plazo (American Psychiatric Association, 2017).

Si bien los datos epidemiológicos existentes no permiten extraer conclusiones firmes sobre la asociación entre depresión y obesidad hay estudios de intervención que prueban cómo la pérdida de peso excesivo disminuye los síntomas de la depresión (Dixon, 2003). También hay investigaciones longitudinales que prueban la asociación entre la depresión y la obesidad sin aclarar la dirección causal. En unas la depresión precede y predice a la obesidad y en otras ocurre al revés (Faith et al, 2011).

La obesidad en sí misma puede provocar variados problemas psicológicos que van desde trastornos en la imagen corporal, dificultades para formar pareja hasta depresiones profundas. Es importante destacar que los problemas psicosociales pueden tanto desencadenar la enfermedad como ser una consecuencia de la misma o, incluso, puede darse en una misma persona que sean, a la vez, un desencadenante y un factor de agravamiento (Cormillot, 1991).

La depresión como factor emocional en personas obesas puede aparecer ya que la obesidad es un trastorno que genera la ridiculización y condena de sus víctimas. Durante la infancia y la adolescencia la actitud social negativa hacia los obesos puede generar baja autoestima, así como una depresión reactiva (Simón et al., 2008).

En personas con obesidad la autovaloración y la autoestima mantienen una relación con el IMC. Un índice de masa corporal alto (sobrepeso y obesidad) se asocia con bajos niveles de autoestima y una baja auto aceptación (Biro et al., 2006). Lo mismo sucede en la obesidad mórbida extrema, donde se considera que las personas son psicológicamente diferentes, por las consecuencias psicosociales debilitantes que conlleva la enfermedad, como depresión, ansiedad y baja autoestima (Ortega, Fernandez-Canet, Alvarez-Valdeita, Cassinello, & Baguena-Puigcerver, 2012).

Además de la depresión existen otros problemas psicológicos importantes derivados de la enfermedad como la tendencia al aislamiento, reacciones fóbicas, hostilidad, dificultades sexuales, trastornos del esquema corporal y sentimientos de inferioridad. Es habitual ver como el paciente obeso se retrae y encierra (Cormillot, 1991).

A su vez las consecuencias psicosociales de la obesidad (depresión, ansiedad y baja autoestima) determinan patrones de comportamiento que tienen una influencia sobre la ingesta calórica y el gasto de energía y, en consecuencia, sobre la ganancia de peso. La obesidad está asociada también con el aumento de otros afectos negativos a los ya mencionados, lo cual se refleja en emociones como angustia, ira, disgusto, miedo y vergüenza (Pasco et al., 2013 como se citó en Tamayo, 2014). Otros autores mencionan que en algunas personas se agregan a la baja autoestima, la falta de habilidades sociales, la visión distorsionada del cuerpo y la depresión, los pensamientos suicidas, y el autocastigo (Puhl, Luedicke, & Heuer, 2013 como se citó en Tamayo, 2014).

3.2. Tratamientos psicológicos en obesidad.

Las intervenciones con tratamiento psicológico para la obesidad aparecieron por primera vez en los años 60 gracias a Ferster, Nurnberger y Levitt (1962) y Stuart (1967). En estas publicaciones, propusieron las bases a emplear en los procedimientos para hacer frente a la problemática de la obesidad desde la psicología (Iglesias, 1988).

El éxito de los tratamientos en personas obesas depende en gran medida de modificaciones conductuales por parte del paciente y en su habilidad para implementar cambios permanentes en su estilo de vida, tales como adhesión al régimen alimenticio y de actividad física, así como de aprender nuevos estilos de afrontamiento para evitar acudir a la comida en momentos de tensión y estrés emocional (Sierra Murgía, 2013).

Para Braguinsky (1997) durante el tratamiento de la obesidad el paciente debe incorporar en el mediano y largo plazo patrones conductuales cuidadosos en cuanto a la ingesta de calorías, grasas y azúcares concentrados y a ser físicamente activo, si quiere tener éxito terapéutico. Si lo que logra el paciente es solo un descenso de peso y no un cambio personal profundo, es probable que en el corto, mediano o largo plazo vuelva a su peso inicial. El tratamiento debe poner especial atención en la motivación y en el aprendizaje del sujeto. Cuando la motivación decae, el paciente deberá hacer uso de lo que ha aprendido en cuanto a nuevas técnicas conductuales.

En los tratamientos para la obesidad se resalta la importancia del trabajo interdisciplinario, pero en especial el trabajo del psicólogo, ya que la obesidad se encuentra asociada a un aumento en la prevalencia de psicopatología. La calidad de vida de los pacientes con obesidad se ve sumamente afectada ya que la funcionalidad del sujeto se encuentra limitada y para que se logren mantener los beneficios de un buen tratamiento, entre otras cosas, es necesaria una buena adhesión terapéutica sobre las indicaciones del equipo interdisciplinario (Sierra Murgía, 2013)

Los tratamientos para la obesidad, en la esfera psicológica, tienen dos vertientes. Por un lado, la psicofarmacológica y por el otro, la psicoterapéutica.

En los tratamientos psicofarmacológicos se le indica al paciente medicación sedante (derivados de las benzodiacepinas) en dosis suficientes para calmar la ansiedad sin provocar somnolencia, teniendo en cuenta que pueden causar un mayor o menor grado de adicción. Frente a la sintomatología depresiva podrán indicarse los antidepresivos inhibidores de la receptación de serotonina como, paroxetina, fluoxetina y sertralina, que tienen más bien una acción moderadora del apetito (Rovira, 2006).

Cuando hablamos en cambio de los tratamientos psicoterapéuticos, existe un meta-análisis en el que se describe el enfoque psicológico más eficaz y más utilizado en el tratamiento de la obesidad es el cognitivo conductual. Y si el mismo es combinado con un tratamiento interdisciplinario muestra mejores resultados en relación a la pérdida de peso y el cambio en el estilo de vida. En lo que respecta a otro tipo de psicoterapia se ha descrito que es difícil evaluar la eficacia debido a la falta de metodología y la dificultad para replicar el tratamiento (Shaw, O'Rourke, Del Mar & Kenardy, 2009).

Zukerfeld (1979) explica que el tratamiento psicológico en obesidad debe ser lo suficientemente amplio para: reemplazar la avidez por la comida por otros objetos gratificantes; poder darle al paciente condiciones y técnicas de control o autocontrol; y también para confrontar la realidad, la negación, la idealización y la intelectualización de los pacientes obesos.

Al igual que otros autores resalta la importancia de desarrollar correctas técnicas de aprendizaje de conductas más sanas durante el tratamiento, y explica que para esto, las estrategias

psicoterapéuticas utilizadas en obesidad son similares a las de otras patologías donde predomina el descontrol y el déficit de autoestima. El terapeuta ofrece una comprometida base de contención al paciente que le permitirá esclarecer creencias del paciente para esclarecer luego también la conexión que existe entre ellas y ciertos contenidos inconscientes en búsqueda de un cambio.

3.2.1. Abordaje grupal en los tratamientos de obesidad.

La terapia grupal cognitiva conductual es el tratamiento por excelencia para tratar la obesidad. La misma está enfocada en la adquisición de hábitos alimentarios saludables y en fomentar la actividad física para modificar las estructuras cognitivas que impiden el progreso y que mantienen los hábitos y pensamientos disfuncionales vinculados con la comida (Leija-Alva et al., 2011)

En estos grupos se toma como eje la conducta y se trabaja sobre ella para modificarla, ya que cuando una persona obesa llega al tratamiento, lo hace muy agotada, con muy poca energía y mucho escepticismo. Para poder recuperarse, no solo hace falta una dieta, sino que además necesita concurrir a los grupos terapéuticos (Ravenna, 2006).

A diferencia de otros grupos, el grupo terapéutico centra su adhesión al mismo en habilidades, logros y aptitudes compartidas como así también por alguna deficiencia o problema común a los miembros del mismo. No todos los integrantes se comportan de la misma manera y los miembros tienen distintos roles dentro del grupo (Portillo, 2000).

Los grupos unidos ofrecen una aceptación casi incondicional entre sus miembros y proporcionan una atmósfera de apoyo, para compartir material personal y expresar emociones (Lieberman, 1996). En el grupo se confrontan las conductas y creencias cambiando patrones habituales de conducta de forma que no repercutan en el peso del paciente; los sentimientos y las emociones no deben canalizarse por medio de la comida (Lafuente, 2011)

Para Moreno (1966) el término de psicoterapia de grupo se utilizará cuando la meta única e inmediata del grupo sea la salud psicoterapéutica de los miembros, y todos posean la misma importancia sin distinción alguna. La psicoterapia de grupo se propone curar y fomentar el cambio tanto de cada uno de los miembros del grupo como del grupo en su conjunto.

A través de la terapia grupal se busca romper el vínculo disfuncional que tienen los pacientes con la comida así como también modificar el estilo de vida que mantiene la enfermedad. El grupo potencia la toma de conciencia en relación a la obesidad, cuestiona las ideas distorsionadas e irracionales vinculadas a dicha problemática y a su vez psico educa al paciente (promueve el autoconocimiento en relación a su patología). Los pacientes en el grupo pueden discernir cuando tienen hambre de cuando sienten saciedad así como también distinguir lo que es el hambre fisiológico del hambre emocional (Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga, 2014).

Para Zukerfeld (1979) la terapia grupal debe dar lugar al paciente para que intente decir sus sensaciones, sentimientos, emociones, y pueda ponerles nombre. En general, los pacientes que llegan al grupo son personas que tienen dificultad para nombrar lo que les está sucediendo. El grupo, en este contexto, da marco, puede aliviar, estimular, facilitar el intercambio pero también plantea interrogantes y dificultades. La psicoterapia grupal implica una tarea conjunta para disminuir estas dificultades que se van presentando, que en definitiva son, obstáculos emocionales.

El grupo ayuda a que las personas puedan identificar sus propias emociones y no recurran a la comida como forma desadaptativas para contrarrestar un malestar. La idea es cambiar este tipo de comportamientos producidos por la angustia por otros nuevos más adaptativos (Bersh, 2006).

En los grupos de para el tratamiento de la obesidad se recomiendan utilizar técnicas del conductismo dialéctico (TCD) describe la doctora Marsha Linehan. Esta técnica terapéutica es confrontadora, áspera y directa (Ravenna, 2006).

3.2.2. Terapia cognitivo conductual en el tratamiento.

La terapia cognitiva fue desarrollada por Beck en los años 60 (Beck, 2000) y postula que las interpretaciones negativas de eventos tanto internos como externos pueden llevar a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Los errores de interpretación o distorsiones cognitivas pueden reforzar creencias disfuncionales que tiene el sujeto e incrementar la vulnerabilidad hacia trastornos del estado de ánimo o de conducta. La premisa de la terapia cognitiva es que lo que una persona piensa sobre sí misma o cierto evento, tiene un impacto directo sobre sus emociones y su conducta.

Los pacientes con obesidad tienden a presentar esquemas desadaptativos, creencias disfuncionales relacionadas con imagen corporal, ánimo deprimido, metas de peso irreales, rol desproporcionado de su peso y figura en autoevaluación así como creencias desadaptativas sobre el control de su alimentación. Si se logran modificar estos esquemas disfuncionales, se puede promover el mantenimiento de patrones de alimentación más saludables y reducir las recaídas después de perder peso (Werrij et al., 2009).

La terapia cognitivo- conductual muestra evidencia sobre su eficacia en tratamientos de obesidad y el sobrepeso. Abarca, junto a los componentes cognitivos propios de esta terapia, procedimientos comportamentales para el abordaje de la conducta alimentaria y el ejercicio físico. La tarea consiste en solicitar al paciente que observe primero su conducta, pensamientos y sentimientos así como la relación que existe entre ellos y sus hábitos alimentarios, de modo que permita buscar otras alternativas más beneficiosas y saludables que puedan ponerse en práctica en su vida diaria (Lafuente, 2011).

Las técnicas de conducta más utilizadas incluyen: auto monitoreo de la ingesta y actividad física, manejo del stress o condiciones psicológicas que gatillan la ingesta, resolución de problemas relacionados con el peso e implementación de alternativas más saludables (Rapoport L, Clark M y Wardle, 2000).

Lafuente (2011) sostiene que la psicoterapia cognitivo conductual focaliza en las conductas a cambiar del paciente. Es importante que el sujeto observe su conducta, sentimientos y pensamientos de manera que los pueda relacionar con sus hábitos alimentarios, obteniendo así conductas más beneficiosas para poner en práctica en su vida cotidiana. La modificación de los hábitos no se produce de manera rápida, si no que el paciente debe comprender la relación disfuncional entre sus afectos y su conducta alimentaria. De esta manera puede corregir sus hábitos de alimentación reflexionando sobre sus ansiedades, temores y formas de reaccionar frente a las situaciones cotidianas. Los pacientes que se concentran en la parte estética belleza e imagen corporal tienden a esperar resultados inmediatos en el tratamiento.

Las técnicas recomendadas son de tipo cognitivo-conductual, con énfasis en modulación emocional, e intervenciones centradas en soluciones. La temática debiera incluir aspectos como: motivación por el tratamiento, conexión entre estado emocional y tipo de alimentación, manejo y expresión de emociones como estrés y ansiedad, técnicas de autorregulación y prevención de recaídas entre otras (Manrique et al, 2009)

Como se menciona en el apartado anterior Marsha Linehan recomienda utilizar técnicas del conductismo dialéctico en los tratamientos grupales para la obesidad cuyas intervenciones son confrontadoras, ásperas y directas. Se enfatiza no solo la importancia de la confrontación directa, sino también el carisma de los terapeutas, el alto grado de motivación del equipo de trabajo y el compromiso día a día, por teléfono o mail, del profesional con sus pacientes. Los pacientes deben incorporar a sus vidas las figuras de padre y madre: límites claros y concretos y, por sobre todo, afecto real ya que los pacientes suelen estar muy solos con su problemática y tampoco saben aún como estar con ellos mismos. El método es de diálogo, persuasión y relación del que se derivan estrategias eficientes para lograr un cambio. Entre los recursos más utilizados en el método podemos mencionar los que se detallan a continuación:

- a. Asumir la paradoja: Se utilizan la metáfora, la parábola, el mito, la analogía y los relatos personales para que el paciente comprenda algo que le cuesta entender.

- b. Jugar al “abogado del diablo”: La estrategia apunta a defender las creencias disfuncionales del propio paciente para ponerlas en evidenciarlas.
- c. Hacer limonada a partir de los limones: Implica ver los problemas como oportunidades para que el paciente se desarrolle ofreciéndole así una visión más positiva de sí mismo. (Ravenna, 2006).

Ravenna (2006) señala que quienes jamás han participado de reuniones de grupos de descenso de peso seguramente imaginan que en los mismos se escuchan los regodeos de personas que contarán sus peripecias y fracasos con minuciosidad, que ostentarán su sufrimiento y buscarán complicidad en las miradas, apoyo o compasión. Sin embargo a las personas que participan del grupo no se les da lugar para desplegar sus pesadillas sino que, de entrada, se las invita a soñar. Se las confronta con sus discursos dramáticos o victimistas o exculpatorios y se las empuja hacia un discurso positivo y vitalista. En los grupos no se habla de la comida ni se detallan innecesariamente las compulsiones que tienen los pacientes. Esto apunta a evitar el desánimo y el contagio de las conductas negativas. Las especificaciones sobre cuánto y cuándo comer están en manos de los nutricionistas y en los grupos terapéuticos se trabaja sobre el sueño del cuerpo flaco y la motivación. Se refuerzan los discursos positivos y vitalistas.

3.2.3 Rol del terapeuta.

El profesional cumple un rol de coordinador dentro de un grupo terapéutico. Tiene la función de contención y de desciframiento de ansiedades. Evalúa cuál es la conducta del paciente en relación al cumplimiento del tratamiento, detecta la negación y resistencias, de manera que se modifiquen actitudes y posibilite un proceso de cambio. El vínculo que establece es de la confianza, la credibilidad y comprensión del problema (Ventriglia y Chimirri, 2015)

La forma de coordinación de un grupo determinado, dependerá tanto del estilo personal del coordinador, como de la actividad que ese grupo que tenga que desarrollar, como así también de los objetivos implícitos y explícitos de la institución. El coordinador debe ser un

co-pensador. Su función consiste en crear, mantener y fomentar la comunicación, a través de un desarrollo progresivo, donde coinciden didáctica, aprendizaje y operatividad. Los grupos son indagados en su estructura interna (análisis intra-sistémico), como así también en sus relaciones con los sistemas de otros grupo (análisis inter-sistémico): Es aquí donde la tarea del coordinador cobra vital importancia, dinamizando, resolviendo discusiones que ocasionen el cierre del sistema, y pudiendo utilizar al observador, como observador participante en aquellas situaciones donde el cierre de la tarea amenace la actividad grupal (García & Waisbrot, 1981).

Rubén Zukerfeld (1979) explica que la posición del analista es eficaz, en la medida en la que opere desde el supuesto saber “adelgazar”. Las intervenciones del psicólogo estarán apoyadas sobre la base transferencial: la transferencia al coordinador y la relación entre los pares (transferencia radial)

Álvarez (2002) sostiene que un grupo debe tener un buen clima de trabajo, en el que se vinculen los miembros en forma colaboradora, aumentando así la motivación para alcanzar los objetivos propuestos. La alianza terapéutica constituye una red de relaciones y vínculos interpersonales que alcanza ya sea el vínculo entre los pacientes entre sí como con los terapeutas.

Hay ciertos factores terapéuticos dentro de un grupo que posibilitan el cambio. Los terapeutas deben infundir esperanza, incrementar las creencias de los pacientes e infundir confianza en la eficacia de la modalidad grupal para el tratamiento. Esto se realiza mediante el refuerzo positivo, y las explicaciones de las propiedades curativas del grupo. Debe no solo ser promotor del desarrollo de habilidades sociales en los grupos terapéuticos sino que también generar nuevas formas de resolución de problemas (Yalom, 2010). El vínculo que establece es de confianza, credibilidad y comprensión del problema (Ventriglia y Chimirri, 2015)

Ravenna (2006) sostiene que un profesional con dedicación y responsabilidad, bien entrenado y con "amor por la camiseta" puede lograr resultados insospechados para el paciente. Puede además devolverle algo de esperanza a los que ya se resignaron a ser

gordos o a quienes buscan métodos de adelgazamiento más riesgosos, como pastillas, operarse-“mutilarse” psíquica y físicamente, sin resultados seguros.

Mónica Facchini (2004) sostiene que para un tratamiento exitoso debe haber un compromiso recíproco entre el profesional y el paciente, el establecimiento de un verdadero diálogo terapéutico donde los riesgos y las responsabilidades sean compartidos. La obesidad suele demandar tratamientos de larga duración y para que sean exitosos los pacientes deben tener adherencia al mismo y autocuidado responsable. Los profesionales deben tratar a los pacientes con paciencia, debido a que son padecimientos que traen recaídas. La constitución de un vínculo básico, un campo común que involucre al enfermo y al médico trabajando juntos, es fundante de toda acción terapéutica. Está demostrado que la calidad de la alianza terapéutica es uno de los predictores más robustos de éxito. En el vínculo terapéutico, el profesional necesita poseer la capacidad de ofrecer apoyo y sostén, reforzando la autoestima y autoeficacia del paciente, con una actitud amplia, humilde y empática. La importancia no recae tanto en las técnicas que aplican los profesionales, sino en la actitud que toman, se debe escuchar de forma activa y sostenida, no enjuiciadora, alentar, ser honesto y optimista.

Otro aspecto importante para la autora es la actitud bien intencionada de ayudar a los pacientes a aprender, que es diferente de simplemente impartir información. El fin de la educación terapéutica es que el paciente sea capaz de controlar su enfermedad día a día, que pueda cambiar actitudes y comportamientos. Los médicos tienden a explicar más que a tratar que el sujeto adquiriera los conocimientos y experiencia necesaria para manejar su problema en su vida cotidiana. Se trata de enseñar a seguir un tratamiento, aumentando al máximo la libertad del individuo de hablar y pensar acerca de cambiar, en una atmósfera libre de coerción y de la provisión de soluciones prematuras. En este sentido, las recaídas no deben ser vistas como fracasos, sino como una oportunidad de aprender a partir de los errores, clave del proceso de aprendizaje, y aumentar el compromiso con el tratamiento (Facchini, 2004)

3.3. Método de la institución elegida

En palabras de Ravenna (2006) la obesidad es fundamentalmente un problema de conducta, una adicción o tendencia a comer más de lo necesario. El ser gordo es ser “excesivo” en conducta, en cuerpo, en plato y en talle. Como “adictos a la comida” las personas con sobrepeso como sufren con recaídas y tienen problemas para superarlas. El exceso de grasa corporal afecta la salud psico-física del individuo.

Según Ravenna (2006) En los grupos entonces se toma como eje la conducta y se trabaja sobre ella para modificarla, trabajando especialmente sobre el "cómo" y el "cuándo".

La adicción a la comida, como lo define el autor, expresa un desequilibrio que se traspasa también a otras áreas, qué es un entrecruzamiento de muchos factores regidos por una conducta desordenada. Y ese desorden se convierte en un exceso que describe de la siguiente manera: comemos excesivamente y, en consecuencia, engordamos excesivamente.

El método propone que la forma de modificar el vínculo con la comida es a través del “corte, medida y distancia”, pilares conceptuales del tratamiento, que permitirán despegar al sujeto del círculo tóxico con la comida en el que están inmersos. El corte es para con los excesos y para poder reconocer el malestar, la medida en la porción, el cuerpo y la ropa; y la Distancia con las comidas y entre las comidas. A través de estos tres pilares conceptuales la persona logra objetividad y lucidez para el tratamiento. En palabras del fundador de la institución “Comer poco, despeja la mente”.

Al igual que sucede en los adictos, el vínculo con el objeto es de ambivalencia molesta y gratificante a la vez. El desborde no permite pensar bien, la sustancia en exceso obtura, cuando se logra el corte se logra cambiar de actitud, la mente lúcida. Es importante el descenso rápido de peso para luego generar cambios de hábitos que sean más o menos permanentes den la conducta (Ravenna, 2006).

Cuando un paciente llega a la institución por primera vez, se debe realizar una primera consulta con un médico clínica, una consulta psicológica y otra nutricional como requisito previo. Una vez cumplida esta primera etapa el paciente puede ser admitido en la institución como paciente e iniciar su tratamiento y asistencia a los grupos. El tratamiento que se le indica al pacientes es una dieta personalizada, de muy bajas calorías, que tiene la característica de introducir al paciente en un estado llamado “acidosis” que hace que la sensación de hambre desaparezca y que le posibilitará mantener el tratamiento sin mayores dificultades. Además la institución refuerza constantemente que además de la actividad física y la dieta, los pacientes deben participar en los grupos terapéuticos coordinados por los mismos profesionales que los atienden en consulta individual, médicos, nutricionistas, psicólogos y terapeutas (Ravenna, 2006).

Ravenna (2006) afirma que la inserción del obeso dentro de un grupo terapéutico es de verdadera importancia para su recuperación, ya que constituye una de las formas más eficaces para desarraigar creencias erróneas. Al mismo tiempo se adquieren nuevos conocimientos que permiten modificar las antiguas conductas. Los pacientes aprenden a estar atentos, a no dejarse apabullar, a no distraerse. Y elevan el umbral de tolerancia a los problemas. Tal es así que no dramatizar ni exagerar situaciones o conflictos ayuda a que el logro se pueda hacer propio antes de lo imaginado.

Las personas que ingresan a los grupos lo hacen con el umbral de tolerancia muy alto, de esa otra tolerancia llamada RESIGNACIÓN: comienzan a ser más inflexibles y rígidos para poder rechazar la tolerancia a la medianía, el “masomenismo” y la falta de compromiso (brazos caídos).

La filosofía y la dinámica los grupos de la institución no pertenece a un método preestablecido, si no que siguen diversas tendencias y líneas, desde el conductismo cognitivo, técnicas psico-dramáticas, algunos aportes de la psicoterapia del yo, de la Terapia Racional del doctor Ellis y, alternadamente, aportes del conductismo dialéctico (TCD) de la doctora Marsha Linchan, de la Universidad de Washington, que ya se han descrito en apartados anteriores. Esta última terapéutica es tal vez la que más se logra ver en el estilo de trabajo de los terapeutas, siendo que es muy común que los mismos sean confrontadores,

ásperos, directos y que busquen asociaciones o sociedades más saludables que las de la depresión, la comida, la psicopatía, la manipulación y las adicciones (Ravenna, 2006).

Un aspecto relevante en la conformación de grupos dentro de la institución es la cantidad de gente que participa. El fundador de la misma indica que es conveniente que sean numerosos, ya que cuanto mayor cantidad de personas integren el grupo, más energía se generará, y tanto la circulación como la transformación de energía facilitan enormemente, un contagio en las ganas y en consecuencia el rápido descenso de peso. En los grupos numerosos generalmente se vive un buen clima y el intercambio de experiencias disímiles unificadas por el objetivo de adelgazar es más productivo. La sinergia grupal de muchas voluntades en la misma dirección es muy estimulante y se auto potencia. El paciente deja por un momento de ser el centro de la historia para empezar a reflejarse en los otros o a la combinación de gente que está en una situación similar, gente que ya bajó de peso y se mantiene. Pero lo cierto es que el espiral de motivación en combinación con la dieta da resultados inmediatos según la institución.

Y otro elemento fundamental para que un grupo funcione es la heterogeneidad del mismo. No es conveniente la separación por sexos, peso, edad o nivel socioeconómico. Hombres, mujeres, jóvenes, ancianos, niños y adolescentes participan de las reuniones, intercambian opiniones, visiones de mundo, y rompen con los distintos estigmas con los que llegan al tratamiento (Ravenna, 2006).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo.

4.2. Participantes

Los participantes del grupo son los pacientes adultos y los psicólogos coordinadores de los mismos. También el fundador de la institución.

Entre los pacientes encontramos mujeres y hombres de entre 18 y 75 años. Los grupos son heterogéneos en cuanto a su composición sociodemográfica: Profesionales, estudiantes, jubilados, gente que no trabaja formalmente, amas de casa, etc. La composición de los grupos variaba de reunión en reunión. Aproximadamente asisten un promedio de 50 personas, algunos que recién comienzan su tratamiento, otros que asisten hace muchos años, y otros muchos hacen su tercer o cuarto tratamiento, denominados reincidentes.

Los psicólogos participantes también varían de reunión en reunión. En los grupos de descenso de la noche hay cinco psicólogos que rotan según el día. Coordinan los grupos de descenso del centro. Son adultos de entre 40 y 70 años, hombres y mujeres. Las orientaciones de los mismos son cognitivas conductuales, aunque también hay intervenciones psicoanalíticas en muchos casos. Los coordinadores trabajan en el centro por lo menos hace más de 5 años en todos los casos.

El fundador de la institución, médico y psicoterapeuta de 70 años, como líder de la institución y creador del método “Corte, medida y distancia”. Es un referente tanto para pacientes como para el resto del staff de la clínica y coordina los grupos de la mañana y la noche, así como también los de los fines de semana.

4.3. Instrumentos

Observación participante con registro de lo sucedido en los grupos de descenso. La observación es realizada sobre las conductas verbales y las no verbales de los pacientes y

terapeutas. El registro escrito es realizado sobre las intervenciones de los terapeutas, así como también de los acontecimientos importantes que suceden en el grupo.

Se registraron dos entrevistas semi dirigidas con los profesionales para obtener información en profundidad. Los ejes de las entrevistas fueron las dinámicas grupales en los grupos de descenso, el vínculo que mantienen con los pacientes, el rol del fundador como líder de la institución, las intervenciones más efectivas en el tratamiento.

4.4. Procedimiento

Se observaron durante los grupos de descenso las dinámicas grupales y los vínculos pacientes- terapeutas, cuatro veces por semana, 3 horas por día. Las observaciones fueron tanto de sus conductas verbales como no verbales, así como también de las intervenciones de los profesionales. En cada oportunidad, se armó un registro escrito de lo sucedido en cada grupo, la cantidad de pacientes que asistieron y la duración del grupo.

Además se registraron dos entrevistas con los profesionales para obtener información en profundidad. Las entrevistas fueron semi dirigidas. Los ejes de las entrevistas fueron las dinámicas grupales en los grupos de descenso, el vínculo que mantienen con los pacientes, el rol del fundador como líder de la institución y las intervenciones más efectivas en el tratamiento.

5. Desarrollo

En el siguiente apartado se busca describir y analizar las observaciones presenciales en los grupos CLAVE (Control y Límites en Adelgazamiento Veloz) que se desarrollaron de lunes a viernes a las 19 hs. y fines de semana por la mañana. En total se observaron 280 horas de trabajo grupal en la institución, con la finalidad de poder profundizar los objetivos del presente trabajo.

5.1. Describir el rol de los profesionales en los grupos de descenso y los tipos de intervenciones que realizan.

A los grupos CLAVE asisten en promedio 50 personas. Generalmente son dos o tres psicólogos quienes coordinan los grupos. También se sientan junto a los psicólogos el profesor de educación física o baile en los grupos de la tarde, donde fueron mayormente realizadas las observaciones. Los coordinadores no son exclusivamente psicólogos, hay coordinadores que son médicos, como el director de la institución y otros.

Los pacientes comienzan a llegar minutos antes de que comience el grupo y la conversación hasta que empieza es informal entre los miembros, quienes en muchos casos se saludan afectuosamente, y hablan de sus temas personales, durante algunos minutos. También se los puede ver sentados en el bar durante largas horas, compartiendo charlas y tomando café o almorzando juntos. Se los ve unidos dentro y fuera del grupo terapéutico. Dice Lieberman (1996) que los grupos terapéuticos unidos ofrecen una aceptación casi incondicional entre sus miembros y proporcionan una atmósfera de apoyo, para compartir material personal y expresar emociones. Se puede observar un clima amigable, de confianza y cálido.

Una vez que se sientan los profesionales en la sala se hace silencio, y es alguno de los profesionales quien comienza a hablar y se da comienzo al grupo.

Los coordinadores están sentados en el frente de la sala, detrás de una mesa y van dando la palabra a los distintos pacientes al comenzar el grupo. Los pacientes están sentados en sillas en un salón tipo auditorio en gradas, lo que permite que los coordinadores puedan ver bien a todos los pacientes. El director, siempre llega a mitad de reunión, y

coordina hasta el final, salvo por viajes o actividades que tenga que realizar, y son los mismos coordinadores quienes abren y cierran el grupo.

El grupo se inicia en horario, y frecuentemente con alguna pregunta genérica referida a la dieta, como por ejemplo, “¿Como vienen con la dieta?” o si están pudiendo sostener la continuidad del tratamiento. Otras veces detectan algún “reincidente” (así llaman a quienes retornan a un grupo tras una “recaída” o abandono del tratamiento) o algún paciente nuevo y le piden que se presente, o que cuente por que volvió y que pasó mientras no estuvo, cuántos kilos engordó o cuántos debe bajar. En general, cuando hay alguna persona nueva en el grupo, piden que algún otro miembro del grupo les cuente su experiencia con el tratamiento (en esos casos siempre le piden a algún paciente que haya bajado ya muchos kilos, y este sosteniendo el tratamiento hace un período de tiempo largo). Ravenna (2006) dice que a los pacientes en el tratamiento se los invita a soñar. Escuchando el relato de éxito de los demás pacientes, pueden empezar a trabajar sobre el sueño del propio cuerpo flaco.

En el grupo se confrontan las conductas y creencias de aquellos que no están pudiendo cumplir con la dieta indicada, tratando de que cambien patrones habituales de conducta, haciendo foco en que los sentimientos y las emociones que puedan estar atravesando no deben ser canalizados comiendo (Lafuente, 2011). Se busca que los pacientes encuentren una forma más adaptativa de atravesar su angustia.

Durante la observación de los grupos se puede ver como algunos coordinadores buscan comenzar con algún mensaje motivante. Preguntas al iniciar el grupo como: “¿Quién quiere comenzar hoy contando lo bien que le está yendo?” muestran el interés de los coordinadores por motivar al grupo desde el principio, generando efecto contagio en los demás integrantes. Según Ravenna (2006) es el profesional quien puede devolverle al paciente algo de esperanza, ya que muchos pacientes están resignados a ser gordos, y una de las herramientas más comunes es a través de la experiencia de los pacientes que están atravesando procesos exitosos de adelgazamiento.

No obstante, esas preguntas muchas veces terminan encontrando personas que no están pudiendo cumplir la dieta, y se les da espacio para que hablen de lo que están atravesando, la angustia, el estrés, o alguna problemática específica. Las recaídas, según

Facchini (2004) no deben ser vistas como fracasos, si no como oportunidades de aprendizaje, y que pueden ser oportunidades para aumentar aún más el compromiso con el tratamiento.

La dinámica del grupo va tomando forma a partir de lo que van contando los pacientes. Los coordinadores comienzan a preguntar al grupo como se sienten, como avanzan con la dieta, si están pudiendo hacer ejercicio y aquello que cuentan los pacientes sirve como disparador para nuevos temas. No hay una rutina preestablecida, una agenda de temas o una reunión planificada a priori. Si bien no hay una metodología preestablecida y se siguen diversas tendencias y líneas de trabajo terapéutico, sin embargo la línea de trabajo predominante es la cognitiva- conductual.

Las intervenciones que se observan en los grupos son variadas y se pueden ver distintos estilos de coordinación en los distintos profesionales. Algunos de ellos tienen un estilo más empático y conciliador y otros más ácido y confrontativo. Sin embargo, el método de la institución, en palabras del fundador es confrontador, áspero y directo. Según Marsha Linehan (Ravenna, 2006) el paciente debe incorporar a su vida figuras de madre y padre: límites claros y concretos, pero también afecto real ya que se sienten muy solos con su problema. Se puede observar como muchas veces los pacientes reciben “retos”, como los de los padres a los hijos, y a la vez como muchas otras reciben afecto, palabras de alientos, también similares a las que podría dar un padre a un hijo.

Los terapeutas ponen límites de todo tipo y no solo lo vinculado a la comida. Muchas veces se puede observar, como piden a los adultos que dejen sus teléfonos celulares, que hagan silencio, que presten atención, que tengan una asistencia determinada a los grupos, que no asistan a un cumpleaños, si saben que va a comer, que modifiquen sus conductas, que “se ordenen”. Si los pacientes toman una postura rebelde frente a lo que dicen los terapeutas, estos se ponen firmes en sus indicaciones, y es ahí donde se pueden ver las actitudes paternas/ maternas de límites pero a la vez de afecto, tratando de remarcar, que buscan un bien para ellos. Ventriglia y Chimirri (2015) explican que es tarea del terapeuta evaluar cuál es la conducta del paciente en relación al cumplimiento del

tratamiento, detectar las negaciones y resistencias de los mismos, de manera que puedan modificarlas y posibilitar así un proceso de cambio.

Una coordinadora mientras una paciente hablaba de que no sabía porque comía o por qué era gorda le explica: “No importa el porqué, hoy que no sabes el motivo que te lleva a comer y comes, y probablemente si lo supieras, lo usarías como excusa para seguir comiendo. Yo te diría que hagas la dieta por ahora y nada más, que no te preguntes nada. Vos tenés un vínculo complicado con la comida que te llevo a pesar lo que estas pesando, es un vínculo adictivo, que tenés que cortar de raíz”. Tratando de poner un límite a su pensamiento que no le está permitiendo tener éxito en su tratamiento, ya que mientras busca explicaciones, no hace foco en la alimentación.

Los coordinadores siempre hablan de los 3 pilares fundamentales del tratamiento y refuerzan estos conceptos “Corte, medida y distancia”. De hecho, hay unas imágenes en las paredes de la sala que tienen estas palabras destacadas.

Constantemente los coordinadores refuerzan la idea de la asistencia a los grupos, y la importancia que tiene para el éxito del tratamiento, además de la dieta y la actividad física. Frases como “La dieta te va a sacar el hambre, y el grupo las ganas de comer”, son frases que repiten los coordinadores durante los grupos. Insisten en la confianza en el método, y en cumplir con todo lo que se les indica. En algunos casos, frente a pacientes desmotivados se escucha al fundador de la institución repetir la importancia del grupo y les dice “Solo te pido que vengas todos los días esta semana, ¿puede ser?” o “¿Podes venir mañana y pasado mañana?” Inclusive, llega a pedirles que vuelvan al día siguiente a la mañana, siendo que su última asistencia fue el día anterior por la noche. Les pide compromiso, y se los pide como favor personal, hablándoles directamente. Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga (2014) establecen que el grupo funciona como un lugar de pertenencia y protección para el paciente, quien allí se siente comprendido y con cierto grado de tranquilidad.

La delgadez, es otro concepto que se repite constantemente durante la dinámica grupal. La delgadez asociada al peso deseado, al peso ideal, saludable, a elegir el estilo de

vida que quieren tener los pacientes, y que este tratamiento que están atravesando sea el último adelgazamiento. Para esto se les propone algo parecido al “Solo por hoy”, y se les pide que “Acumulen días continuos de dieta impecable”, haciendo foco en el día de hoy.

Lo que se propone la institución al final del camino es que luego de haber completado el descenso de peso, se mantengan los kilos bajados, y no tengan efecto rebote. Las expresiones “Cuidar los kilos bajados” o “Cuidar la delgadez” son expresiones corrientes que apuntan a esto. Para eso también, se desarrollaron los grupos de mantenimiento, donde asisten personas que ya han completado el descenso y siguen yendo a la clínica para mantener su nuevo cuerpo y hábitos adquiridos.

Los estilos de coordinación son variados, ya que como dicen García & Waisbrot (1981), la forma de coordinación dependerá del estilo personal del coordinador. Algunos coordinadores, incluyendo al fundador del método, son más ácidos y ásperos en sus intervenciones que otros. Frases duras y hasta hostiles pueden ser escuchadas durante los grupos: “A mí no me da pena lo que te pasa, no te tengo lástima y no deberías darte pena a vos tampoco” “El gordo no es víctima, es victimario... de los tratamientos” “Te sentís mal porque cuando estás gordo y estás tonto. Pensás mal y menos porque estas gordo”. “Estar gordo es estar enfermo, y por este motivo estás haciendo un tratamiento” “Te vas a sentir bien cuando estés flaco, cuando sientas que puedes hacer lo que querés, ahora estas limitado, mental y físicamente”.

Los profesionales hacen intervenciones estableciendo paralelismos en la voracidad del obeso con la adicción del adicto, siendo en este caso la “sustancia”, la comida. En palabras de un coordinador “Hay voracidad en ambos casos” “Como para el gordo, cualquier excusa es buena para comer, para el alcohólico, cualquier momento es bueno para brindar. Los profesionales buscan alternativas para que los pacientes no recurran a la comida como forma desadaptativas para contrarrestar un malestar, así como un alcohólico recurre al alcohol, si no que aprendan nuevos comportamientos que sean más adaptativos (Bersh, 2006).

En algunas intervenciones también se compara la obesidad durante los grupos con enfermedades como el cáncer “El tratamiento no es divertido, esto es como una quimioterapia, nadie viene a divertirse, si no a curarse”. “Estas tratando de curar un cáncer con una aspirina. Este es el problema que más años debe tener en tu vida, el problema que más te angustia según lo que nos contás, y ¿cuantos años pensás seguir llorando por lo mismo? ”. La obesidad entendida con éste enfoque de enfermedad parecida a una adicción a las drogas o un cáncer, generan distintos argumentos para confrontar a aquellos pacientes que asisten a los grupos, pero no cumplen con la dieta. “Al obeso no hay nada que lo calme más que la comida cuando siente este estado de voracidad. Sin embargo tiene que abrir un abanico de herramientas que hagan sostenible la delgadez. El cocainómano también siente placer cuando consume, pero si no hace algo, no sale nunca de ahí”. “La obesidad es una enfermedad del cuerpo, pero también de la conducta” “Curar el cuerpo para tenerlo disponible para vivir, así como está tu cuerpo hoy te limita hasta para atarte los cordones” “El adelgazamiento es como la terapia intensiva” son intervenciones observadas durante los grupos.

El punto del paralelismo con el cáncer o las drogas, en palabras de un coordinador, tiene que ver con que el obeso muchas veces no puede dimensionar el riesgo real que tiene para su vida y por eso llega a tener 100 kilos de sobrepeso. Si bien en nuestro país, y en el mundo, no existen datos sólidos para estimar la mortalidad por obesidad, ya que la obesidad una causa de muerte distal, la OMS estima que alrededor de 3,4 millones de personas adultas en el mundo mueren cada año como consecuencia del exceso de peso (Ministerio de Salud Argentino, 2016). Y el potencial riesgo para la vida que tiene esta enfermedad, es un tema que se pone de manifiesto en los relatos de los pacientes obesos, así como también en las intervenciones de los terapeutas.

Según Portillo (2010) los integrantes del grupo se comportan de distinta manera y tienen distintos roles en el mismo. Hay muchas personas que extienden su tratamiento durante años, y pasan por mesetas donde no adelgazan y siguen asistiendo a los grupos, otros engordan durante el tratamiento, y otros se van y luego vuelven como reincidentes. “Pacientes como vos que vienen acá y no vienen a adelgazar, yo creo que están tirando la

plata. En ese caso te diría que no vengas más y dones la plata a una entidad de beneficencia y no a - “cita al dueño de la institución”-. Esta no es la plata que él quiere ganar”.

Si bien los casos son de lo más variados, se pudo observar que la intervención más común es pedirle al paciente que asista a los grupos, cualquiera sea el caso, siempre se da esta misma indicación. Siempre y en todos los casos, les piden que renueven el compromiso con el tratamiento, con la clínica y con sus compañeros. Asistir a los grupos con mayor frecuencia aún. Se repite que cuando hay más conexión con el tratamiento y con los grupos, aumentan la probabilidad de éxito del tratamiento. La ausencia a los grupos, es considerada como una excusa propia de la enfermedad. Yalom (2010) señala la importancia de que el terapeuta explique a los pacientes las propiedades curativas del grupo para poder incrementar la creencia y confianza de los pacientes en la eficacia de la modalidad grupal para el tratamiento

Muchas veces se pide a dos pacientes o a un grupo de pacientes que formen una alianza, o una sociedad y se hablen por teléfono durante el día. Que se den apoyo entre ellos, que están contactados en caso de necesitar ayuda o mismo pueden contactar a los coordinadores o nutricionistas.

Una terapeuta le dice a un paciente en un grupo Vale Clave (gente de interior que concurre al grupo una vez por mes): “Si vos ves que no estas pudiendo, me mandas un mensaje a mí, para eso tenés mi teléfono. Es una herramienta que no estas usando”. Y sobre los grupos de whatsapp que tienen entre pacientes y no están funcionando ella dice “Si hay un grupo que no está funcionando, les pido me incluyan a mí. Yo quiero estar en esos grupos para ver que está pasando. Porque si entre ustedes evidentemente no logran salir, me involucran. Si es necesario, les mando un drone”. “Usen el grupo para lo que es necesario, no para contar que están haciendo o que van a hacer una remodelación en su casa, manden foto de la balanza, un resumen a la noche de lo que comieron, o si alguno entra en emergencia, y necesita pedir ayuda urgente”.

Muchas veces cuando se hacen indicaciones a una persona del grupo, luego se hace extensiva a todos de forma explícita. Se dice que lo que le está pasando a un paciente hoy, le pudo haber pasado a otro ayer, o le puede pasar a otro mañana. Se destaca la importancia de compartir experiencias con sus compañeros que transitan el mismo problema. Esto

genera compromiso, identificación, sentido de pertenencia y brinda la posibilidad de obtener nuevas herramientas a partir de lo que está atravesando el otro. Según Moreno (1966) la psicoterapia de grupo propone curar y fomentar el cambio, tanto en cada uno de los miembros del grupo, como en el grupo en su conjunto.

Los terapeutas están atentos e involucrados con los pacientes, les ofrecen ayuda tanto en lo personal, como en el ámbito grupal. Según Ventriglia y Chimirri (2015), el profesional tiene la función de contención y de desciframiento de ansiedades, estableciendo un vínculo de confianza, credibilidad y comprensión del problema.

5.2. Analizar los vínculos pacientes- terapeutas en los grupos de descenso.

El vínculo entre pacientes y terapeutas dentro de la institución es un vínculo profesional, pero en muchas oportunidades se ve en los grupos como también hay un vínculo afectuoso entre ellos. Los terapeutas pueden ser cálidos y afectuosos con los pacientes, como a la vez ser ásperos y duros en sus intervenciones durante los grupos. Muchas veces se escuchan frases de los pacientes de adulación y admiración hacia los profesionales, y otras veces lloran con mucha vergüenza frente a las confrontaciones más hostiles, sin embargo en palabras de una coordinadora “Vos sentís vergüenza porque atrás de la vergüenza hay un gordo comiendo”. La vergüenza es un sentimiento común en personas obesas, ya que la misma enfermedad es un trastorno que genera la ridiculización y condena de sus víctimas (Simón et al., 2008).

Álvarez (2002) sostiene que un buen grupo debe tener un buen clima de trabajo, aumentando así la motivación para alcanzar los objetivos propuestos. La alianza terapéutica constituye una red de relaciones y vínculos interpersonales que alcanza ya sea el vínculo entre los pacientes entre sí como con los terapeutas. En lo que respecta al vínculo con los terapeutas, en todo momento, los coordinadores muestran y explicitan sus ganas de ayudar a los pacientes. Se alegran con los logros de los pacientes cuando bajan de peso, pero a la vez se ponen firmes cuando sienten que están preparando el terreno para abandonar el adelgazamiento. En muchos grupos, cuando están por finalizar, los profesionales preguntan en forma directa al grupo: “¿Quién no está bien? ¿Quién necesita ayuda?”. También les

piden que no solamente vayan a los grupos, sino que además se hagan visibles dentro de ellos: “No es cuestión de venir e irse sin que nadie se entere, háganse visibles acá adentro”.

En lo que respecta al vínculo con otros pacientes, se pueden observar otras intervenciones que apuntan a que esta red entre pacientes se vea intensificada. Tratan de generar en los pacientes una red de contención, basada en los grupos, y en usar los contactos que generan en ellos con los demás pacientes para poder sostener el tratamiento cuando no están en la clínica. Por eso incitan a los pacientes a salir a caminar juntos, o tomar las clases de gimnasia que se ofrecen en la clínica con sus compañeros, o generar grupos de whatsapp con compañeros, nutricionistas y terapeutas si es necesario. La ayuda la ofrecen a distintos niveles, y muchas veces le piden a algún paciente que está en etapa de adelgazamiento que “acompañe” a algún paciente que está teniendo problemas para cumplir la dieta (le piden que lo llame, le escriba y que avise a los profesionales si ve que no está asistiendo al grupo). El desarrollo de vínculos interpersonales y el sentimiento de pertenencia al grupo favorecen la adherencia al tratamiento. Al aumentar el compromiso afectivo entre los miembros del grupo se obtienen pares con quienes compartir las actividades del tratamiento, lo cual facilita la adherencia y el mantenimiento de la pérdida de peso a lo largo del tiempo (Brosens et al., 2015).

Ellos explican en distintas ocasiones que el modo áspero y confrontativo tiene que ver con el límite, que es uno de los tres pilares fundamentales del método “Por eso es el tono severo, para poder cortar con la repetición, con las mil excusas, el no puedo, el me cuesta... es parte del tratamiento”. “Hay un borde que en el gordo esta desdibujado, se borró, y es necesario volver a tejerlo o inclusive en algunos casos hay que tejerlo por primera vez”. Ravenna (2006) dice que se confronta a los pacientes con sus discursos exculpatorios, y que se los empuja a un discurso más vitalista.

Algunos pacientes pareciera que toman un compromiso con el terapeuta aún mayor que el que toman con la dieta y sienten que los kilos bajados se los “deben” a ellos y no a su propio esfuerzo.

Frases como “Yo no vine antes porque me creía omnipotente, creía que podía hacer dieta solo, hasta que tuve que aceptar que no era así. Y acá siento que ustedes me ayudan, me voy lleno de energía, alegre pero tranquilo. Siento que ahora tengo más consciencia de mí y que ya no soy tan omnipotente, que necesito ayuda, ustedes están pudiendo hacer en 6 meses lo que yo no pude hacer en 48 años” “Yo cuando llegue acá te dije que iba a bajar 15 kilos, y ya llevo bajados 18, te cumplí” dan cuenta de cómo se comprometen con los terapeutas y como creen que el éxito del tratamiento se debe a la tarea de los profesionales, se los adjudican a ellos. Mónica Facchini (2004) sostiene que para un tratamiento exitoso el profesional necesita poseer la capacidad de ofrecer apoyo y sostén, reforzando la autoestima y autoeficacia del paciente. Es importante que el paciente pueda sentir que la capacidad de sostener la dieta, se debe en parte al dispositivo terapéutico grupal, pero fundamentalmente a su propio esfuerzo.

“El fundador es maravilloso, brillante, pero también hay otros terapeutas muy bien formados, que son un lujo, aprovéchalos” le dice un paciente que concurre a los grupos hace 5 años a una persona que asiste por primera vez a un grupo. Otro agrega “A mí la clínica me cambio la vida”, pero sabemos que el cambio se debe al propio esfuerzo que realizó el paciente y al cumplimiento que tuvo de la dieta.

Muchas veces también se pudo observar como los coordinadores están en el bar con los pacientes almorzando o cenando juntos después de los grupos, o participando conjuntamente de las actividades físicas que propone la clínica.

Incluso, la clínica propone viajes que consiste en algunos días alejados de la ciudad (destinos como Bariloche o Punta del este) para hacer dieta, asistir a los grupos terapéuticos, hacer actividad física y excursiones. Compartiendo estos viajes, los vínculos se estrechan tanto con los compañeros como con los profesionales. Estos viajes tienen un costo adicional, que suele ser alto. Sin embargo tienen muy buena adhesión entre los pacientes y tienden a ser viajes muy numerosos.

Los pacientes elijen pasar vacaciones junto con sus compañeros y sus terapeutas, lo que demuestra que el vínculo es bueno y cercano entre ellos. No solo se busca, como dice Alvarez (2002), mejorar la alianza terapéutica (red de relaciones y vínculos interpersonales que alcanza ya sea el vínculo entre los pacientes entre sí como con los terapeutas) sino que

también éstos viajes o momentos compartidos apuntan a que los pacientes creen un nuevo estilo de vida durante el tratamiento y para ello es importante ofrecerles alternativas en las que invertir su tiempo y que éstas le generen satisfacción. Restablecer el equilibrio del paciente mediante la dedicación diaria a actividades gratificantes, esta es una manera de evitar las recaídas (Echeburúa, 1999).

En una conversación con una terapeuta en el bar, cuenta que un paciente le regalo para su casamiento la estadía de su luna miel en un hotel en el caribe. Dice que con él tiene un vínculo de amistad después de tantos años. Que ha conocido su casa y a su familia, y que en una oportunidad hasta coincidieron en un viaje en Mendoza y fueron a comer a su casa. Igualmente aclara que es con el único paciente con quien tiene un vínculo tan personal.

5.3. Describir el rol y los vínculos del fundador de la institución y sus intervenciones en los grupos de descenso.

El dueño, fundador y director de la clínica y método, en adelante MM (Se modifican sus iniciales para preservar su identidad) es una persona muy respetada y popular dentro de la institución. El centro lleva su nombre, y es una figura muy nombrada y apreciada dentro de la clínica. Tanto los profesionales como los pacientes lo citan y refieren a su persona durante los grupos en muchas oportunidades.

MM, es un señor de 70 años de edad, médico, Argentino de Buenos Aires. Es médico Psiquiatra especializado en Trastornos de la Alimentación y se ha especializado en distintos tipos de psicoterapias y en distintas universidades, incluyendo Harvard. Participa de muchos congresos, tanto nacionales como internacionales, y ha escrito 12 libros sobre la temática.

Su centro terapéutico tiene 17 sedes, incluyendo una en España, tres en Brasil, dos en Uruguay, una en Chile y otra en Paraguay.

Se lo ve un profesional muy experimentado en el manejo de los grupos terapéuticos, y cada vez que el ingresa a uno de los grupos, la coordinación del mismo en adelante, la lleva a él.

Algunos pacientes, tienen una transferencia muy fuerte con MM. Y está demostrado que la calidad de la alianza terapéutica es uno de los predictores más robustos de éxito (Facchini, 2004). De hecho, puede verse como son los pacientes que ya están en la etapa de mantenimiento, o los que están hace muchos años dentro de la institución son quienes más hablan de él y lo citan durante los grupos. También se escuchan declaraciones directas sobre la admiración que sienten por su persona.

Durante el grupo que sucedía el mismo domingo que en Argentina se celebra el día del padre, una paciente pide la palabra y hablándole a MM dice “ Vos fuiste muy importante en todo lo que yo hice” “Estoy agradecida y por eso vine a decirte feliz del padre” “Me siento muy unida a la clínica” “ Yo cuando entré a la clínica te dije que vos conmigo no ibas a poder, pero pudiste” “ Yo te hice caso, menos mal que me quede”- La señora tiene aproximadamente 65 años, llevaba bajados 40 kilos, y hace 13 años que concurre a la clínica. “Doctor, usted puede festejar con nosotros el día del padre, el del amigo, el del maestro y hasta el de la madre, porque es quien nos devuelve a la vida” dice la paciente.

Su figura es controversial, porque si bien genera mucha admiración en sus pacientes, también genera cierto temor producto de sus intervenciones incisivas. Mientras MM estuvo en un congreso, motivo por el cual se ausentó 10 días a los grupos, uno de los pacientes dijo “Me puse una meta corta por estos días... no quiero que cuando MM vuelva de su viaje me rete. Me estoy portando bien y haciendo la dieta impecable”.

En otra oportunidad, durante un grupo, sin MM, el paciente comentó que no estaba pudiendo hacer la dieta, que estaba mal con el tema. Y una coordinadora le dijo “Ayer MM a vos te perdonó la vida, yo no sé si no te escucho bien, o que pasó, pero te perdono la vida”- refiriéndose a que el día anterior, ya había mencionado esto mismo en presencia de MM, y no hizo ninguna intervención al respecto.

Por otro lado, los pacientes sienten que en las intervenciones directas que él les realiza, renuevan el compromiso con el tratamiento. Una señora comenta en un grupo “Acordé con MM venir todos los días al grupo, y eso me garantiza a mí una dieta impecable, me comprometí con él”.

Una joven estudiante de los grupos de las 19hs. dice que no pudo asistir al grupo durante esa semana porque está estudiando mucho, cursando muchas horas, y la coordinadora le responde “Yo te perdono, pero si estuviera MM, te diría que es una excusa y que vengas al grupo de las 8 am, pero que vengas”.

La autoridad de MM, la visión de una figura fuerte con intervenciones muy duras, que “reta” a los pacientes, se alimenta no solo desde sus intervenciones directas durante el grupo, sino que además de los comentarios que se hacen durante los grupos cuando él no está, no solo desde los pacientes sino que también desde los terapeutas.

Después de algunas intervenciones fuertes, se puede observar como MM dice “Yo esto se lo digo porque la/ lo conozco. Está resistiendo al tratamiento”. Lo que MM está evaluando es cuál es la conducta del paciente en relación al cumplimiento del tratamiento, detectando negaciones y resistencias, de manera que se modifiquen actitudes y se posibilite un proceso de cambio (Ventriglia & Chimirri, 2015)

A una paciente que argumenta no poder seguir la dieta por estar deprimida MM le contesta: “A mí me da igual tu depresión, porque la depresión aleja todo lo bueno y todo lo malo. Estás encadenada y no mates al mensajero porque te digo que me da igual tu depresión. Esto que hago no es no respetar tu depresión, si no que no quiero que te lleve puesta” (Le habla a una paciente que está atravesando una depresión por la muerte de su hermano) “Antes de lo de tu hermano también costo mucho tenerte acá sentada. Cuando no fue tu ex marido, fue tu hijo, tus padres, o mismo el ser gorda. Tenés la obligación, la responsabilidad y el derecho de estar flaca”. Esta paciente inicia tratamientos y los deja sistemáticamente en la clínica. Cada vez que retorna, vuelve habiendo subido muchos kilos cuentan. A pesar de ésta intervención fuerte y dura, la paciente que durante el grupo llora, cuando termina el mismo, se acerca y le da un fuerte abrazo a MM. Montero et al. (2011) resaltan la importancia que posee la modificación de los patrones conductuales, ya que dicho cambio es inherente al tratamiento. Independientemente de su la muerte de su hermano, el divorcio de su marido, los problemas con sus padres o sus hijos, MM le pide que haga una modificación en su vínculo con la comida, porque si no sigue asistiendo a los grupos, pero sin éxito alguno.

Se puede ver, como en el fondo, detrás de estos mensajes los pacientes leen una expresión de cuidado por sus personas, de que el profesional desea verlo flaco, saludables y se preocupa. Los pacientes entienden que la tarea de MM consiste en solicitar al paciente que observe primero su conducta, así como la relación que existe entre ella y sus hábitos alimentarios, de modo que permita buscar otras alternativas más beneficiosas y saludables que puedan ponerse en práctica en su vida diaria (Denia Lafuente, 2011). Incluso cuando el paciente éste atravesando una depresión, el pide a ellos, que busquen otras alternativas para no seguir engordando, y empeorar su estado de salud. Él entiende que la depresión, el tener que estudiar, u otros argumentos son excusas, para faltar a los grupos, pero fundamentalmente, para alejarse del tratamiento y no hacer la dieta.

Durante un viaje de MM, un coordinador comienza el grupo preguntando:

Coordinador: ¿Cómo están siendo estos días?

Paciente: ¿Sin MM?

Otro paciente: Se siente que él no está...

Tercer paciente: Los grupos sin él son distintos...

Coordinador: “Ya falta poco para que vuelva, pero prepárense porque va a volver afilado”

Se puede observar como los pacientes extrañan a MM durante los grupos. Si bien la pregunta del coordinador no estaba relacionada con la ausencia del MM, los pacientes automáticamente sentían que esos días eran especiales, por su ausencia y querían expresarlos, no fue solo uno si no tres quienes dieron una respuesta en la misma dirección. Expresaron que lo extrañaban y querían saber cuándo volvía.

6. Conclusiones

6.1. Resumen del desarrollo

Los objetivos de este trabajo se orientaron a describir el rol de los terapeutas del centro terapéutico para el tratamiento de la obesidad y el vínculo que establecen con los pacientes dentro de los grupos de descenso, siendo la terapia grupal cognitiva conductual el tratamiento por excelencia para tratar la obesidad (Leija-Alva et al., 2011).

Para ello fue necesario observar la conducta de los pacientes y profesionales dentro y fuera de los grupos e indagar en las intervenciones realizadas durante los mismos. Se pudo comprender que el vínculo que entre pacientes y terapeutas es un vínculo profesional, pero que el método áspero y confrontativo. Este método, lejos de generar resistencia en los pacientes, genera aún mayor adhesión al tratamiento. Según Linehan el paciente debe incorporar a su vida límites claros y concretos, y de ahí las intervenciones ásperas y confrontativas (Ravenna, 2006) para incluso poder también trabajar con las resistencias.

Se pudo observar durante las 280 horas concurredas, que los profesionales orientan sus intervenciones a remarcar constantemente la importancia del método de corte, medida y distancia, así como también lo fundamental que es la asistencia a los grupos. Además centran su atención en que los pacientes puedan generar redes de contención tanto con la clínica como con los otros pacientes. Álvarez (2002) explica que es la alianza terapéutica la que constituye esta red de relaciones y vínculos interpersonales que alcanza tanto al vínculo entre los pacientes entre sí como con los terapeutas. Y Facchini (2004) añade que la calidad de la alianza terapéutica es uno de los predictores más robustos de éxito en el tratamiento.

Muchas de sus intervenciones buscan mantener a los pacientes comprometidos y motivados, y siempre con una visión positiva y esperanzadora sobre la delgadez. Para esto intentan que los pacientes modifiquen sus hábitos alimenticios, adquieran planificación en sus dietas, adquieran autocontrol, y generen formas más saludables de transitar las emociones negativas o las situaciones de stress. Yalom (2010) destaca la importancia de que los terapeutas puedan infundir esperanza a los pacientes, incrementar las creencias de los mismos e infundir confianza en la eficacia de la modalidad grupal para el tratamiento.

Deben no solo ser promotores del desarrollo de habilidades sociales en los grupos terapéuticos sino que también generar nuevas formas de resolución de problemas.

Los terapeutas dentro del grupo tratan de desplegar todo tipo de herramientas para poder lograr un cambio en los mismos, desde sus intervenciones, para ayudar a los pacientes a adelgazar, pero fundamentalmente buscan poner un límite allí donde el obeso tiene desdibujado el límite con la comida, o aún donde nunca lo tuvo. Como ya hemos destacado, Linehan (Ravenna, 2006) dice que es fundamental que el paciente incorpore límites claros y concretos y a la vez estrategias eficientes para lograr un cambio.

La figura del director de la clínica se analiza en un objetivo aparte dentro del presente trabajo, ya que si bien tiene un excelente manejo de la dinámica grupal y aporta información específica sobre la problemática, dada su profesión de médico Psiquiatra especializado en Trastornos de la Alimentación y su participación en infinidad de congresos y cursos, también genera distintas emociones en los pacientes con sus intervenciones específicas dentro del grupo. La observación de su figura dentro de los grupos, hace concluir, que su figura es la que mayor adhesión al tratamiento genera en los pacientes, y su palabra es la más respetada entre los mismos. Si bien muchas veces puede parecer hostil, genera cambios muy significativos en la conducta de los pacientes.

6.2. Limitaciones

Si bien las 280 horas de práctica permiten hacer una observación lo suficientemente profunda para analizar los objetivos propuestos en el trabajo, no dejan de ser un corte arbitrario de tiempo, que no permite ver el desarrollo completo del paciente desde el ingreso hasta el egreso. De igual manera, es importante destacar que la mayor parte de los pacientes que logran finalizar su descenso de peso, pasan a los grupos de mantenimiento y se pueden quedar allí asistiendo durante años. Sí se pudo observar como pacientes que ingresaron con mucho sobrepeso, llevaban bajados 20 o 30 kilos, durante el transcurso de la observación.

Otra limitación fue el no poder acceder a las historias clínicas, ni leer las entrevistas de admisión.

A su vez, hubiera sido de utilidad poder acceder a supervisiones de los profesionales, pero hacen muy pocas reuniones / jornadas al año de este tipo. Cuando se consultó por este tema, dijeron que no había ninguna programada por el momento.

Espacios más informales, como actividades fuera del grupo, como fueron los talleres de imagen corporal, o talleres específicos sobre alguna temática asociada brindada por una médica, permitieron tener diálogos en profundidad con pacientes, ya que durante los grupos la participación de los pasantes era muy pequeña, casi nula.

6.3 Perspectiva crítica

En la asistencia a los grupos se ha podido observar el vínculo entre pacientes y terapeutas, mayormente durante los grupos de las 19.00hs y fines de semana. Intervenciones específicas han dejado a los pacientes muy angustiados, y en ocasiones llorando. No solo es el modo o método directo y confrontativo de los terapeutas, sino también el estado anímico con el que llegan a la clínica los pacientes obesos. A muchos de ellos se los ve con el ánimo deprimido, cansados y resignados frente a la problemática en cuestión. Ravenna (2006) explica que cuando una persona obesa llega al tratamiento, lo hace muy agotada, con muy poca energía y mucho escepticismo. Pero observó que a medida que van bajando de peso, su ánimo empieza a cambiar y se los ve más alegres, enérgicos y entusiasmados.

No obstante hubieron intervenciones que fueron hostiles, y los pacientes mismos “temen” de que los “reten”. Según la bibliografía estudiada para el presente trabajo, no solamente es necesario el límite por parte de los terapeutas, sino que también un vínculo de confianza, la comprensión, el apoyo y el afecto por parte los terapeutas. Los profesionales deben tratar a los pacientes con paciencia, debido a que son padecimientos que traen recaídas (Facchini, 2004).

Durante las observaciones se pudo ver como pacientes, que tenían problemas para seguir la dieta pasaban días enteros dentro de la institución, ya fuera dentro de los grupos o en el bar, haciendo las cuatro comidas allí dentro, y retirándose después de la cena. En estos casos se puede ver como hay paciente que dejan de lado su vida cotidiana para poner foco en el tratamiento. Si bien son los menos, quienes fueron observados haciendo esto, eran

pacientes que habían hecho grandes descensos y habían tenido alguna recaída. Era tal el temor que tenían a engordar nuevamente, que ponían un foco muy grande al tratamiento, aunque ello requiriese faltar a cualquier otro tipo de actividad de su vida personal. Sería bueno que los pacientes pudieran hacer una mejor articulación del tratamiento y su vida personal. Aunque en algunos pacientes, el sobrepeso era tan grande, que debían tomar medidas urgentes y súper restrictivas para bajar los kilos que tuvieran demás. La pregunta que cabe a posteriori es que tan factible es sostener un tratamiento que demanda tantas horas en la vida de una persona.

Después de las observaciones realizadas se puede dar cuenta de como algunos pacientes creen que el éxito de su tratamiento se debe a la tarea de los profesionales o de la institución, atribuyéndole los kilos bajados a un factor externo, y a no su propia capacidad de hacer la dieta. Es importante que el paciente pueda sentir que la capacidad de sostener la dieta, no solo se debe al dispositivo terapéutico grupal, que es el que tiene mayor éxito en este tipo de tratamientos, sino que fundamentalmente a su propio esfuerzo. Que el paciente logre atribuirse su propio éxito a sí mismo, hará que pueda sostener los kilos bajados, aun cuando no concurra a la clínica.

6.4 Aporte personal

A partir de la observación de los grupos para el tratamiento de la obesidad dentro de la clínica es posible dar cuenta de la eficacia que tienen para los pacientes en el descenso de peso. La obesidad es una enfermedad que pone en riesgo la salud y la vida de quienes la padecen y la cronicidad de la problemática implica un tratamiento con ciertas recaídas, y suelen ser tratamientos largos de muchos años. Esto mismo se puede observar en los grupos cuando los pacientes hablan de hace cuantos años concurren a la clínica. Facchini (2004) explica que la obesidad suele demandar tratamientos de larga duración y para que sean exitosos los pacientes deben tener adherencia al mismo y autocuidado responsable. Los profesionales deben tratar a los pacientes con paciencia, debido a que son padecimientos que traen recaídas.

Se pudo observar que la asistencia a los grupos dentro del tratamiento es fundamental, ya que los grupos refuerzan el compromiso, y el contacto con personas que atraviesan la misma problemática genera la posibilidad de un cambio, a través del relato y la experiencia del otro. Marcitllach y Fernández de Gamboa Aguinaga (2014) establecen que el grupo funciona como un lugar de pertenencia y protección para el paciente, quien allí se siente comprendido y con cierto grado de tranquilidad. Los grupos unidos ofrecen una aceptación casi incondicional y proporcionan una atmósfera de apoyo (Lieberman, 1996). En el grupo se confrontan las conductas y creencias cambiando patrones habituales de conducta, aprendiendo que los sentimientos y las emociones no deben canalizarse por medio de la comida (Lafuente, 2011)

Adicionalmente los pacientes dicen sentirse acompañados con lo que les sucede, ya que cuando llegan, lo hacen sintiéndose muy solos y resignados. No solo funcionan los grupos como grupo de pertenencia, sino que además posibilitan el cambio y previenen las recaídas.

Es tarea de los profesionales brindar información, apoyo y herramientas a los pacientes para que puedan tratar su enfermedad, así como también generar un clima positivo de trabajo, confianza y compromiso. Son los profesionales quienes deben detectar posibles recaídas, y propiciar un clima donde todos los pacientes tengan la misma importancia y la misma posibilidad de hablar su tratamiento. El vínculo que establece entre terapeuta – paciente es de confianza, credibilidad y comprensión del problema (Ventriglia y Chimirri, 2015). El profesional necesita poseer la capacidad de ofrecer apoyo y sostén, reforzando la autoestima y autoeficacia del paciente, con una actitud amplia, humilde y empática Facchini (2004).

Si bien desde la clínica se habla abiertamente de la obesidad como una adicción, la Organización mundial salud, no la considera de igual manera. Pareciera ser una asociación complicada de hacer, sobre todo por la condena que sufre el adicto, si no está avalada por la OMS. Ya de por sí el obeso, carga con una condena social.

La figura del director de la clínica genera una admiración muy fuerte en muchos pacientes dentro de la clínica. Muchos creen que su adelgazamiento fue gracias a él, y no producto de su propio esfuerzo. Genera mucha confianza su palabra, y es muy hábil para manejar grupos.

En sus propias palabras, él pone límites, allí donde una persona no los tiene. Si bien, en lo personal, creo que puede ser un poco hostil en sus formas, también se pudo observar la eficacia de sus intervenciones y de su método en cientos de pacientes durante las observaciones.

Para concluir sería importante destacar la relevancia que tendrían futuras investigaciones relativas a ¿Qué sería del método y de la institución si el fundador no estuviera ya trabajando en la misma?, siendo que su figura es la que mayor adhesión al tratamiento genera. Esto podría ser un aporte valioso a efectos de elaborar estrategias a futuro o mismo para entender si es importante que esa figure se traslade a otro coordinador o no durante sus ausencias o su futuro retiro.

7. Bibliografía

- Acosta Hernández, M., Ramos Morales, F., Escobar, J., López Muñoz, J., Escobar Castillo, P., & García, R. (2015) Mecanismos bioquímicos de la leptina implicados en el desarrollo de la obesidad. *Revista Médica de la Universidad de Veracruz*.
<http://www.scielo.org.ar/scielo>.
- American Psychiatric Association (APA) (2017). España: Panamericana.
- Bastos, A. A., González Boto, R., Molinero González, O. & Salguero del Valle, A. (2005). Obesidad, nutrición y Actividad Física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5(18), 140-153.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa.
- Bersh, S (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35(4), 537-546.
- Biro, F. M., Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., Padgett, J., & Bean, J. A. (2006). Self-esteem in adolescent females. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 39(4), 501–507.
doi:10.1016/j.jadohealth.2006.03.010
- Braguinsky, J. (1987). *Obesidad, Patogenia, Clínica y Tratamiento*. Buenos Aires: Promedicina.
- Braguinsky, J. (1997). *Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento*. Buenos Aires: El Ateneo.
Citado en: Bauzá, C.A., Celiz, O.R. (2005). *Obesidad, causas, consecuencias y tratamiento*. Córdoba: El Emporio.
- Brosens, C., Terrasa, S., Ventriglia, I., & Discacciatti, V. (2015). Factores que se relacionan con la adherencia al tratamiento de la obesidad en un dispositivo grupal: estudio exploratorio. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 12(2), 13-20.
- Brownell, K. D., & Foreyt, J.P. (1985) *Obesidad*. Nueva York: Guildford Press.
- Bruch, H. (2002). *La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa*. Madrid: Paidós.
- Cormillot, A. (1991). *El arte de adelgazar*. Buenos Aires: Vergara.
- Daza, C. H. (2002). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Médica*, 33(2), 72-80.

- Dixon JB., Dixon ME., & O'Brien PE. (2003). Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Arch Intern Med*, 163 (17), 2058-2065.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Facchini, M. (2004) Cambio de conductas en tratamientos de larga duración. Relación medicopaciente. <http://www.scielo.org.ar/scielo>.
- Faith, M.S., Butryn, M., Wadden, T.A., & Fabricatore, A., (2011). Evidence for prospective associations among depression and obesity in population- based studies. *Obesity Rev*, 12(5), 438-453.
- Freeman, C.P. (1986) *Tratamientos para conductas adictivas. Procesos de cambio*. Nueva York: Plenum.
- García, M & Waisbrot, D (1981). *Pichón Riviere: Una vuelta en Espiral Dialéctica*. Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Geliebter, A. (2002). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. doi:10.1016/S1471-0153(02)00100-9
- Heatherton T.F, Herman C.P & Polivy J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *J Pers Soc. Psychol*, 60 (1), 138-143
- Hernández-Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140(2), 27-32.
- Iglesias, E. (1988). Estado actual del tratamiento conductual de la obesidad. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, ISSN 0373-2002, Vol. 42, Nº. 1, 1988, págs. 93-102. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (2013). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR 2013). Disponible en el sitio Web del Ministerio de Salud de la República Argentina <http://www.msal.gob.ar/>
- Kaplan & Sadock (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. Usa: Donnelley- Sons.
- Lafuente, M.D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 14, 1490-1504.

- Leija-Alva, G., Aguilera Sosa, V. R., Rodriguez Choreño, J. D., Lara Padilla, E., López de la Rosa, M. D. L. R., & Trejo Martinez, J. I. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(2), 19-28.
- Lieberman, M (1996). Grupos de Autoayuda, en Kaplan H. y Sadock. Madrid: Médica Panamericana.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50, 1–11.
- Manrique, M., De la Maza, M., Carrasco, F., Moreno, M., Albala, C., & García, J. (2009) Diagnóstico, evaluación y tratamiento no farmacológico del paciente con sobrepeso u obesidad. *Revista médica de Chile*. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000700016>
- Marcitllach, A. A., & Fernández de Gamboa Aguinaga, C. (2014). La Terapia de Grupo en un Caso de Obesidad. *Clínica Contemporánea*, 5(1), 41-51.
- Marcus, M.D., & Wildes, J.E. (2009) Obesity: is it a mental disorder? *International Eating Disorders* 42(8),739-753
- Martínez Valls, J. F., Ibañez Guerra, E., Ortega Serrano, J., Sala Palau, C. & Carmena Rodríguez, R. (2002). Tratamiento de la obesidad: dieta, terapia psicológica y de comportamiento, ejercicio físico, tratamiento farmacológico y quirúrgico. *Medicine*. 8 (86), 4642-4650.
- Martinez, J. A., Moreno-Aliaga, M. J., Marques-Lopes, I., & Marti, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales Sis San Navarra*, 25(1), 17-27.
- Mazza, C. (2001). Obesidad en pediatría. Buenos Aires: Panorama Actual.
- Ministerio de salud Presidencia de la Nación. (2016). Boletín de Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo: Nro 8.
- Moreno, J.L. (1966). Psicoterapia de grupo y psicodrama. México: Fondo de Cultura Económica.
- Montero, J.C. (2011). Alimentación Paleolítica en el Siglo XXI. Buenos Aires: Librería Akadía Editorial.
- Neel, James V. (1962). Diabetes Mellitus: A 'Thrifty' Genotype Rendered Detrimental by 'Progress' Nutrition Reviews. *Am. J. Hum. Genet*

- Organización Mundial de la Salud (2012). Obesidad y sobrepeso.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Obesidad y sobrepeso. Recuperado el 01 de Junio de 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ortega, J., Fernandez-Canet, R., Alvarez-Valdeita, S., Cassinello, N., & Baguena-Puigcerver, M. J. (2012). Predictors of psychological symptoms in morbidly obese patients after gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 8(6), 770–776. doi:10.1016/j.soard.2011.03.015
- Portillo, I.D. (2000). Bases de la terapia de grupo. México: Pax México.
- Quetelet, A. (1835) Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou Essai de physique sociale. Paris: Bachelier.
- Rapoport, L., Clark, M., & Wardle, J. Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000; 24(12):1726-37
- Ravenna, M. (2006a). La telaraña adictiva. Buenos Aires: Editorial B.
- Ravenna, M. (2006b). Una delgada línea... entre el exceso y la medida. Buenos Aires: Galerna.
- Rovira, B. (2006). Obesidad y Psicopatología. Recuperado de Asociación médica Argentina www.ama-med.org
- Sánchez-Castillo, C. P., Pichardo-Ontiveros, E., & López, R. P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gac Méd Méx.* 140(2), 3-20.
- Shaw, K.A., O'Rourke, P., Del Mar, C. & Kenardy, J. (2009). Psychological interventions for overweight or obesity. *The Cochrane Library*, 1-77. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003818.pub2>
- Sierra Murgía, M.A. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar>.
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Linde, J. A., Operskalski, B. H., Ichikawa, L., Rohde, P., & Jeffery, R. W. (2008). Association between obesity and depression in middle-aged women. *General Hospital Psychiatry*, 30(1), 32–39. doi:10.1016/j.genhosppsy.2007.09.001
- Stunkard, A.J. (1984). Comer y sus desordenes. Nueva York: Raven Press.

- Tamayo Loperal, D., & Restrepo, M. (2014) Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es>.
- Ventriglia I, Chimirri E, Fernández D, & Lareu T. (2015). Manual para entender y tratar la obesidad otra mirada: Consejos para mejorar la calidad de vida. Buenos Aires: Del hospital edición.
- Werrij, M., Jansen, A., Mulkens, S., Elgersma, H., Ament, A. & Hospers, H. (2009). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 315-324.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.12.011>
- Yalom, I. (2010). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. Madrid: Paidós.
- Zukerfeld, R. (1979). *Psicoterapia de la obesidad*. Buenos Aires: Letra viva.