

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS DE AQUINO

FACULTAD CS. DE LA SALUD

LIC. EN PSICOLOGÍA



**“RED DE APOYO SOCIAL EN EL TRATAMIENTO DE
LOS ADULTOS JOVENES CON SOBREPESO Y
OBESIDAD DE CIDESA.”**

ALUMNA: Vasquez, Elena Isabel del Rosario

DIRECTORA: Dra. Alejandra Elbaba

AÑO: 2019.-

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	5
3. Marco Teórico.....	6
3.1. Trastorno de alimentación.....	6
3.1.1. Visión sociocultural a lo largo del tiempo-.....	6
3.1.2. Definición.....	8
3.2. Redes de Apoyo Social.....	12
3.3. Las Redes de Apoyo Social en los tratamientos.....	17
3.4. El papel del Psicólogo: ¿Cómo interviene para que las redes de apoyo social faciliten la adherencia al tratamiento?.....	21
4. Metodología.....	26
4.1. Descripción de la institución.....	26
4.2. Observación participante.....	27
5. Articulación.....	32
6. Conclusión.....	36
7. Propuestas.....	37
8. Bibliografía.....	39

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente Trabajo Integrador Final (TIF) que se establece como requisito para finalizar la carrera Licenciatura en Psicología, se desarrolla a partir de la experiencia en las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) del área Social. La misma se realizó en el centro Cidesa (Centro Integral de Salud Alimentaria), ubicada en la calle Batalla de San Lorenzo nº 1140 en San Miguel de Tucumán.

Es un centro de salud alimentaria destinado a dar solución a los problemas causados por los desórdenes alimenticios (sobrepeso y obesidad) a través de la mejora de los hábitos. Cuenta con el apoyo y contención tanto profesional como social para que los pacientes adquieran las herramientas necesarias, con el fin de lograr un cambio de conducta y mantener su peso ideal. Está conformado por un grupo de profesionales/ expertos de distintas áreas, que llevan a cabo un trabajo interdisciplinar: Médico, Terapeuta, Nutricionista y Actividad Física.

Este tratamiento consta de dos etapas: Descenso y Mantenimiento, ambos cuentan con un determinado grupo terapéutico supervisado por Psicólogos de diferentes orientaciones teóricas, por lo cual trabajarán con diferentes herramientas y metodología pero comparten el mismo objetivo, ya señalado anteriormente.

Para el ingreso, deben pasar por un Grupo de Inicio en donde se establece el primer encuentro entre el Paciente (que inicia el tratamiento) y el Terapeuta. Se realiza una breve entrevista a fin de recoger información sobre los hábitos alimenticios, las actividades de su vida diaria, si hubo alguna situación o momento crítico en su ciclo vital, si se encuentra realizando algún tratamiento médico por problemas de salud, entre otras. Esto quedará plasmado en una encuesta que se debe completar, en donde se observa, también, la forma en cómo los pacientes se ven a sí mismos y cómo les gustaría estar, y el consumo en fiestas o salidas con amigos. Para finalizar este primer encuentro, se realiza

la elección de los horarios para el inicio del Grupo Terapéutico, que acompañará a la persona durante esta etapa de descenso.

La finalidad de este trabajo es investigar la influencia de las Redes de Apoyo Social en la adhesión al tratamiento de los adultos jóvenes con trastorno de alimentación, de la Institución Cidesa. Este tema resultó de mi interés ya que observé, durante mi práctica en el Grupo Terapéutico a la que fui asignada, que algunas personas les costaba no realizar trasgresiones durante la semana, y uno de los motivos por los cuales las cometían se relacionaba con el propio entorno tanto familiar como social (amigos o compañeros de trabajo) por la insistencia de “comer otra cosa por un día”; tomando para ellos como solución o alternativa aislarse del grupos de amigos, no asistir a juntas o eventos familiares por vergüenza de comer alimentos sanos frente a los demás, la burla de sus pares y familiares, y por seguir un tratamiento de alimentación.

Definiré desde Dabas (1993) que la Red de Apoyo Social es un proceso de construcción permanente, un sistema abierto que, a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, grupo o institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla. Sluzki (1979) considera a la red social personal como la suma de todas las relaciones que un sujeto percibe como significativas o diferenciadas de la sociedad. Corresponde al ámbito interpersonal del sujeto y contribuye a su reconocimiento como un individuo y su percepción de bienestar, puede ser registrada en forma de un mapa e incluye a todos los individuos con los que ella interactúa.

Considero, también, la importancia de resaltar el uso de la palabra INFLUENCIA y no otra, ya que desde la RAE se la define como “producir (una persona o una cosa) sobre otra, de manera indirecta o insensible, cierta acción o efecto que la hace cambiar o variar”. Por eso, la mayoría de los autores presentes en este trabajo afirmarán que:

“El Apoyo Social influye en la Salud.”

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Investigar la influencia de las Redes de Apoyo Social en la adhesión al tratamiento de los adultos jóvenes con trastorno de alimentación de la Institución Cidesa.

Objetivos Específicos:

- Descubrir si la Red de Apoyo Social afecta la Autoestima de los adultos jóvenes con trastorno de alimentación de la institución Cidesa.
- Conocer la importancia de las Redes de Apoyo Social en el Tratamiento.
- Describir el papel del Psicólogo para mejorar la adhesión y lograr el sustento en el tratamiento.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Trastorno de Alimentación

3.1.1. Visión sociocultural a lo largo del tiempo

Cuando hablo de Trastorno de Alimentación abordo específicamente los términos Obesidad y Sobrepeso, considerando oportuno desarrollar en este punto una visión y concepción social- cultural a lo largo de la historia.

Siguiendo a Tomayconza, H. (s.f.), esta palabra apareció por primera vez en 1651 en la lengua inglesa, en un libro de medicina; es un tema que se lo puede considerar desde la Prehistoria (periodo que se comprende desde los orígenes del hombre hasta el inicio de la escritura), donde el ser humano ha vivido como cazador – recolector, y tuvo que resistir las frecuentes carencias de alimentos. Es el tiempo de la lucha por la supervivencia con el medio natural y con sus competidores de otras especies. Consideraban que solo los que habían acumulado más grasa lograban sobrevivir a estos tiempos de hambruna, esto queda constatado en la estatua de Venus de Willendorf, figura que simboliza la maternidad y la fecundidad, y que representa una forma de que no se extinga la especie. La imagen fue vista como una señal divina de salud y longevidad.

En la Edad Antigua, encontramos en Grecia los aportes de Hipócrates, quien describió la relación directa entre las personas obesas con la muerte súbita. En Roma, Galeno lo veía como un estilo de vida inadecuada e identificó dos tipos de obesidad: moderada (una tendencia natural) e inmoderada (una tendencia mórbida). También se puede señalar el estilo de vida de Esparta, eran estrictos con las personas obesas, obligándolas a bajar de peso con un programa rígido de ejercicio, de lo contrario eran desterrados ya que se lo consideraba como un pecado sin perdón.

La Edad Media era otra época, en la que, para la cultura cristiana la glotonería era uno de los siete pecados capitales, y era común entre los nobles. Más adelante quedará asociada con la obesidad, sin embargo el exceso de

peso fue considerado como signo de bienestar, belleza, salud y status social. Formas de pinturas, obras, esculturas y personajes de la literatura han sido obesos protagónicos, se pintaba lo que veían como algo hermoso, lo que era deseable y lo que estaba de moda.

En la Edad Moderna se mantiene la concepción que postulaba la iglesia y los artistas. Son hechos que quedan representados en imágenes pictóricas donde los modelos debían pesar “200 libras”.

Hasta aquí se mantenía una visión positiva, cultural y socialmente respecto a la obesidad y el sobrepeso.

Fue en la Edad Contemporánea, tras la I Guerra Mundial, donde se produce un cambio súbito del ideal de belleza femenino, se introducen figuras andróginas de extrema delgadez. Comienza la “Moda de la delgadez” quedando afianzada a partir de la II Guerra Mundial y se extiende hasta el día de hoy, con notables excesos. Con los avances de la medicina y las estadísticas llevaron a determinar que las personas obesas tenían índices de vida menores a las delgadas, esto causó que los diseñadores de moda se fueran al otro extremo, ahora requieren siluetas delgadas y condujeron a los modelos hasta los límites de la desnutrición. Paradójicamente, también cobran fuerza las publicidades de comidas rápidas, siendo los niños los más afectados, dando origen a una generación obesa ya que la obesidad adulta inicia en la niñez, más cuando sus padres lo son.

Por lo tanto, la historia recoge en su desarrollo los distintos conceptos de la obesidad. Hubo momentos en que se consideró al hombre obeso como una persona poderosa, saludable, con grandes posibilidades económicas, un símbolo de triunfo, así también a las mujeres obesas como bellas y los niños y adolescentes como más sanos y fuertes. Desafortunadamente estos estereotipos sociales no se han implementado lo suficiente, ya que todos incorporamos en nuestras valoraciones que “la obesidad es una enfermedad crónica difícil de revertir, ligada al bienestar, al confort de la vida moderna y al desarrollo tecnológico, y sólo el uso racional de ellos, en beneficio y no en

perjuicio de la salud, nos pondrá en condiciones de revertir esta pandemia de nuestro siglo” (Portie Félix, Navarro Sánchez, Hernández Solar, Grass Baldoquín, y Fernández, 2011, p. 230).

La obesidad queda estigmatizada social y culturalmente, presentando un incremento en los trastornos de conducta alimentaria que lleva a disminuir los niveles de autoestima, acompañado por la discriminación de la misma sociedad. Es considerada como un problema grave en la salud pública, por ser uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de muchas enfermedades crónicas. Una de las principales consecuencias es la desinformación de la obesidad que provoca la automedicación, por la cantidad de productos que se ofrecen a la venta en los medios de comunicación masiva, como aquellos que prometen bajar de peso de manera milagrosa, tomando en cuenta la vulnerabilidad de ciertas mujeres. La publicidad es uno de los campos donde más se transmite y se persuade mediante la utilización del cuerpo como elemento de valorización (Guillén Riebeling, 2014).

3.1.2. Definición

Utilizo el termino *Trastorno de Alimentación* porque da cuenta de la falta de contención emocional desde el contexto que rodea al sujeto y que al mismo tiempo lo regula (García, 2018, p. 224). También hace referencia a una alteración de la conducta persistente en la forma de alimentarse y en el manejo del control del peso, que modifica e impacta tanto en la salud física como en el funcionamiento psicológico y social (Errandonea, 2012). Considero importante reiterar nuevamente que con este concepto voy a centrarme en la Obesidad y Sobrepeso, que a continuación definiré.

Conceptualmente, la palabra “obeso” proviene del latín “obedere” que significa *alguien que se lo come todo*. Es así que se ha considerado a la obesidad como “un trastorno metabólico, que lleva a una acumulación de energía, excesiva en relación con el valor esperado según edad, sexo y talla, esta acumulación se expresa en forma de grasa corporal” (Braguinsky, 2009,

citado en García, 2018, p. 21). Cabe señalar de entrada, que existe una diferencia entre el significado de obesidad y sobrepeso, la primera refiere a tener un exceso de grasa en el cuerpo, y la segunda es pesar demasiado, este mismo puede ser resultado de la masa muscular, hueso, grasa y/o el agua en el cuerpo (Tomayconza s.f.).

Otra forma de diferenciarlos es mediante el indicador Índice de Masa Corporal (IMC), el sobrepeso se alcanza cuando el IMC se sitúa entre 25 y 29.9, y la obesidad cuando el IMC es mayor de 30. Desde la perspectiva de la salud existen múltiples evidencias que relacionan el incremento del IMC con el incremento de morbilidad (por ej. artrosis, diabetes o incremento del riesgo quirúrgico), y con el de morbilidad atribuible a todas las causas, como por ej. Cáncer (Amigo Vázquez y Fernández Rodríguez, 2013). El problema lleva un patrón de crecimiento muy llamativo. No obstante, es necesario tener en cuenta dos hechos importantes, por un lado, la relación estadística entre el exceso de peso y la enfermedad es puramente correlacional y no causal, y por otro, la relación entre el IMC y la mortalidad no es lineal sino que adopta una “forma de U”. Esto significa que el riesgo de fallecimiento se eleva tanto en las personas con obesidad como también en los niveles de IMC más bajos. También se ha mostrado que la tasa de mortalidad es incluso algo menor en el rango del sobrepeso que en el rango de peso normal (Allison, Zhu, Plankey, Faith & Heo, 2002). Estos datos son de gran importancia en la medida que, muchas personas que buscan ayuda para perder peso lo hacen, no por motivos de salud, sino por una preocupación por una imagen corporal que la sociedad demanda y los medios de comunicación difunden. Esto conlleva a que muchas mujeres cuyo IMC es adecuado y no muestran problemas de salud traten, de un modo reiterado, de perder peso (Vázquez y Rodríguez, 2013).

La obesidad se convirtió en un problema agobiante tanto para los países más desarrollados como para los menos desarrollados, y junto con el cigarrillo son los únicos factores de riesgo ostensiblemente visibles para todos y no necesitan de un experto (médico) para reconocerlos. Pero la obesidad, al contrario del cigarrillo, es el factor más descuidado (Doval, 2006). La OMS

estimó que desde 1975 la obesidad se ha triplicado en todo el mundo. En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso (el 39%), y 650 millones eran obesos (el 13%). Además destaca que la mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas de personas, que con peso inferior al normal (Organización Mundial de la Salud, WHO, 2018).

Cardone et al. (2010) afirma que esta pandemia tuvo su origen en las naciones ricas, especialmente en Estados Unidos, donde actualmente alrededor del 64% de los adultos tiene sobrepeso y el 30% de ellos son obesos. Cabe señalar que en Argentina 6 de cada 10 adultos presentan exceso de peso, en el 2013, siguiendo la encuesta nacional de factores de riesgo, el 37.1% de las personas presentan sobrepeso y un 20.8% tienen obesidad (Ministerio de Salud, 2017). Es así que la OMS (2013) la ha considerado como “una epidemia global que constituye un importante problema de salud pública” (Citado en García, 2018, p. 27).

Es una de las enfermedades con mayor índice de morbilidad y mortalidad en la población mundial, cuya incidencia ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Durante la infancia y adolescencia, la obesidad constituye el mayor problema de índole sanitaria debido a su creciente prevalencia y a sus consecuencias con respecto a la calidad de vida futura (Aspillaga et al., 2012). Se considera que afecta a los infantes sin distinción de etnias, asociados a diferentes factores de riesgo como aculturación, percepción inadecuada de la imagen corporal, sedentarismo, alimentación inadecuada con una elevada ingesta de proteínas y carbohidratos en forma de alimentos densos en calorías, falta de actividad física y poco tiempo de sueño. (Ruiz, Téllez y Rodríguez Castillejos, 2013)

Pese que la obesidad es un problema generalizado, que cuenta con años de investigación, continúa sin solución e incrementa su impacto en la salud pública, es esencial contar con estudios que la aprecien holísticamente y permitan identificar intervenciones efectivas. No obstante, se conoce poco los factores asociados a la calidad de vida en la juventud con sobrepeso u

obesidad, y cómo las alteraciones en el desarrollo, en cuanto al peso y la psicopatología, interactúan durante la infancia y la adolescencia (Aspillaga et al., 2012).

Se podría señalar que las causas principales de esta epidemia son bastante claras: comer en exceso, especialmente alimentos ricos en grasas, azúcares extraídos, o cereales refinados, y la declinación progresiva de la actividad física (Doval, 2006), hay una tendencia cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización (OMS, 2018). Goldberg (2002, citado en Alvarado Sánchez , Benavides y Ramírez, 2005) menciona que entre las principales consecuencias de esta enfermedad tenemos la pérdida del autoestima, los miedos e inseguridad personal, desórdenes alimenticios, distorsión de la imagen corporal, frigidez e impotencia, perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneos, así como tristeza, infelicidad y depresión (Calva, 2003). Respecto al primero, se lo considera como el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quiénes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Es confianza, valoración y respeto por uno mismo, una respuesta psicológica que se describe normalmente como de naturaleza afectiva o basada en el sentimiento positivo versus negativo, o aceptación versus rechazo (Palladino, 1992; Sánchez, 2003 y Sheeman).

Por lo tanto, de manera general se señala que:

“Las causas de la obesidad y el sobrepeso se deben en el 95% de los casos a malos hábitos alimenticios, así como al consumo de alimentos altos en azúcares, combinados con falta de ejercicio físico, y sólo el 5% de los casos están asociados a factores genéticos. Los trastornos alimenticios (...) son considerados, desde hace tiempo, como una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico que involucra aspectos genéticos, ambientales, sociales, psicológicos y de estilo de vida que conducen a un desorden metabólico en el organismo”. (Guillén Riebeling, 2014)

3.2. Red de Apoyo Social.

Esta variable es el eje central que motivó la presente investigación. Para abordarlo considero fundamental tener en cuenta una concepción que se destacó en los años del cursado: “el hombre es un ser social por naturaleza”, dependiente de otros durante los primeros años de vida, para su cuidado y satisfacción de necesidades, se encuentra precedido por un lenguaje, normas, costumbres, e incluido dentro de un grupo o tejido social, cuya interacción también construye la realidad.

Cabe decir que se suele confundir apoyo social con red social e integración social, pero claramente son distinguibles: la red social es el número de personas o posibles proveedores de apoyo dentro del entorno del individuo, por lo que representa la base para la integración y el apoyo social. Estos últimos, en cambio, son constructos teóricos que se refieren al grado en que los individuos están inmersos en la sociedad y tienen un sentido de pertenencia, obligaciones e intimidad (Varela Montero y Barrón, 2009).

Entonces, dicha Red Social será considerada como un factor significativo desde la terapia familiar, para el desarrollo y cambio de cada uno de los miembros de la familia como en la resolución de situaciones de crisis. Por definición esto implica, para Dabas (1993) un proceso de construcción permanente, es un sistema abierto que, a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, grupo o institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla. Sluzky (1979) considera a la red social personal como la suma de todas las relaciones que un sujeto percibe como significativas o diferenciadas de la sociedad. Corresponde al ámbito interpersonal del sujeto y contribuye a su reconocimiento como un individuo y su percepción de bienestar, puede ser registrada en forma de un mapa e incluye a todos los individuos con los que ella interactúa. Este mapa puede sintetizarse en cuatro cuadrantes: a. Familia; b. Amistades; c. Relaciones laborales o escolares; d. Relaciones comunitarias, que, a su vez, se comprenden en diversas áreas: I.

Relaciones íntimas (de contacto cotidiano y cercanas); II. Relaciones personales (de un grado menor de compromiso, no hay intimidad); III. Relaciones ocasionales (conocidos de trabajo).

Entre las numerosas funciones que cumple, las más destacadas por este autor, son:

- Compañía social,
- Apoyo emocional,
- Guía cognitiva y consejo,
- Regulación o control social,
- Ayuda material y de servicios, y
- Acceso a nuevos contactos.

Sluzky (1998) presenta los elementos fundamentales que conforman estas redes:

- a. Componentes estructurales: es un entramado de relaciones sociales en donde está inmerso el sujeto, y es de sumo interés analizarlo ya que su existencia no garantiza la provisión de apoyo.
- b. El apoyo social percibido y recibido: lo recibido refiere a la dimensión objetiva, es la cantidad de ayuda que recibe una persona en un tiempo determinado. Por otro lado, el percibido refiere a la dimensión subjetiva, considerando la cognición y la evaluación del apoyo.
- c. Multiplicidad de funciones del apoyo social: son las consecuencias positivas de la interacción, considerando entre ellas el apoyo emocional, informacional y material.
- d. Las conductas de apoyo: comportamientos específicos de la interacción que tienen consecuencias en el sujeto.
- e. El contexto en el que se proporciona el apoyo (en qué momento).

Por lo tanto, para Dabas (2001) la Red es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales, interacción social, definida por un intercambio dinámico entre personas en contextos de complejidad, aporta los atributos de contención, sostén, posibilidad de manipulación, estructura, control, posibilidad

de crecimiento, fortaleza, etc. Cabe destacar que toda red puede crecer, transformarse, reconfigurarse, no tienen origen ni finalidad, se hacen “camino al andar”, atraviesan fronteras, crean nuevos dominios de experiencia (Najmanovich, 2005).

Ahora bien, una vez comprendido este aspecto, me centraré en definir el significado de Apoyo Social.

Ana Barrón (citada en Gambara Derrico, 1997) llevó a cabo una aproximación de éste fenómeno desde una perspectiva psicosocial y comunitaria, y estudios que están centrados en analizar los efectos del mismo sobre la salud y el bienestar de distintos tipos de relaciones psicosociales que se producen entre los sujetos de un contexto determinado, centrándose especialmente en aquellos colectivos de riesgo. Con ello señaló que los factores psicosociales son esenciales para la etiología, tratamiento y prevención de los problemas psicofísicos.

Al igual que otros autores, ha considerado que el Apoyo Social deviene de un concepto que se presta a confusión y ambigüedad. Por lo cual, una definición más acertada es tomarla desde lo interactivo, pluridimensional, multirreferencial e integradora. Refiere que todo apoyo son aquellas provisiones, sean instrumentales y/o expresivos, reales o percibidos, aportados por la comunidad, redes sociales y amistades íntimas (Lin et al., 1986, citado en Varela, 2009). En este sentido, “se observa la necesidad de dejar de lado conceptos y/o enfoques reduccionistas, es decir aquellos que lo tratan como característica individual o como elemento ambiental estático”. (Gambara Derrico, 1997, p. 457- 458)

Sin embargo, además de ser “un concepto que supone transacciones entre personas, el apoyo social es algo más complejo”. (Felton y Shinn, 1992, citados en Varela Montero y Barrón López, 2009, p. 82).

Es la ayuda emocional (afecto, simpatía, comprensión y estima de otros significativa) o institucional (información, ayuda con el trabajo) para un sujeto, que deriva de un determinado entramado, de su red social. Es el grado en que

las necesidades sociales básicas de la persona se ven gratificadas a través de la interacción con los otros. Estas necesidades incluyen el afecto, estimación o aprobación, la pertenencia, la identidad y la seguridad (Kornblit y Mendes Diz, citados en una ficha de cátedra).

Se distingue tipos de apoyo (Varela Montero y Barrón López, 2009):

- Apoyo emocional: Supone disponer de alguien con quien hablar, y son todas aquellas conductas que fomentan sentimientos de bienestar afectivo, sentirse amado, respetado y querido. Este apoyo proporciona cariño y seguridad a la persona. Su relación con la salud no está clara pero se supone que la experiencia de sentirse aceptado y valorado por otros aumenta la autoestima. Es así que proporciona protección ante un amplio rango de eventos estresantes.
- Apoyo informacional: refiere cuando las personas reciben información, consejos o guías importantes que les ayuden a comprender una realidad. Se trata de intercambios de opiniones o acciones relevantes para resolver un problema.
- Apoyo instrumental o material: en este caso se trata de acciones proporcionadas por otras personas que sirven para resolver problemas prácticos, o facilitan la realización de tareas cotidianas. Con relación a la salud: disminuye la sobrecarga de las tareas y deja tiempo para las actividades de ocio. La gente es reacia a pedir este tipo de apoyo a no ser que se forme parte de una red de intercambios mutuos. Es efectivo sólo cuando el receptor percibe la ayuda como apropiada, si no puede aumentar el estrés y el malestar provocando sentimientos de deuda.

Desde la Psicología, ésta muestra efectos en la salud física y mental de los sujetos, autores plantean que las personas con relaciones y vínculos sociales viven más tiempo y con mejor salud psicofísica, ya que la participación reduce el impacto de los acontecimientos estresantes, promoviendo así la salud. Sin embargo, existen estudios que señalan que los sujetos con trastornos alimentarios se muestran más insatisfechos con sus redes de apoyo social, más ansiosos e incómodos, sus redes suelen ser más pequeñas y perciben

menor apoyo social por parte de la familia y amigos (Quiles, Perol Centro y Quiles Sebastián, 2003). Esto puede deberse a que la mera existencia de relaciones interpersonales no implica la provisión de apoyo, ya que muchas de ellas pueden ser fuente de conflicto.

Ya en Varela (2009) se manifiesta que el apoyo depende de otras variables, no todo el apoyo que damos o nos dan es útil, dependerá del momento en que se da ya que las necesidades de ayuda cambian según se afronta la situación; de las características de la persona que proporciona dicho apoyo, por ejemplo: el apoyo de los amigos es más útil para manejar conflictos no relacionados con la familia, mientras que en problemas de salud es más efectivo el apoyo familiar que el de amigos (problemas laborales, compañeros de trabajo); y de la duración, se mantiene o cambia el apoyo durante el tiempo, es de vital importancia en procesos largos, como en las enfermedades crónicas donde a medida que pasa el tiempo no se mantiene el apoyo o éste cambia de intensidad. Esto se ha denominado “Especificidad del apoyo”, el cual supone que el apoyo social sería efectivo sólo cuando se ajusta a la tarea que se pretende solucionar. (Cohen y Mckay, 1984; Cohen y Syme, 1985, en Varela, 2009)

3.3. Las Redes de Apoyo Social en los tratamientos.

Este apartado tiene el propósito de mostrar cuán importante es la presencia del Apoyo Social de los pacientes con distintas enfermedades (sean crónicas o agudas) para la adherencia a los tratamientos. A través de esta búsqueda y la selección de estudios o artículos, se pudo apreciar que es un tema investigado, y promovido, por el reconocimiento y la preocupación de la existencia de muchos pacientes que no siguen las prescripciones médicas de los profesionales de la salud.

Será preciso desarrollar en este punto la definición de *adherencia terapéutica*. Es un concepto complejo que se entiende como “una implicación activa y colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento

aceptado de mutuo acuerdo (con el profesional de la salud), cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (Martín y Grau, 2004, citados en Ahumada, Escalante y Santiago, 2011). Hace énfasis a los componentes psicológicos, sobre todo volitivos del paciente, que lo inducen a estructurar una conducta de cumplimiento (Alfonso, 2003), también hace referencia a:

“Los pacientes con apego al tratamiento, siendo aquellos que siguieron las indicaciones terapéuticas (farmacológicas, de ejercicio físico y de dieta) prescritas por el médico tratante; (...) y se considera al apoyo familiar como el cambio en los hábitos del (los) familiar (es) más cercano (s) tendiente a estimular al paciente para el cumplimiento de las indicaciones prescritas por el médico”. (Marín Reyes y Rodríguez Morán, 2001, p. 337)

Según Martín Alfonso (2003) los factores que modulan esta adherencia son:

- Naturaleza de la enfermedad: se considera el tipo de enfermedad, aguda o crónica, así como la presencia de síntomas de dolor o incomodidad. Se ha encontrado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que las enfermedades crónicas y las asintomáticas presentan las menores y que la gravedad no incide en mayor o menor cumplimiento, si no que depende de la percepción de gravedad que tenga el paciente.
- Tipo de régimen terapéutico: es necesario distinguir la complejidad, la duración y el tipo de tratamiento, si es curativo, preventivo o rehabilitador. La adherencia disminuye a medida que la terapia se alarga y que se producen tasas más altas en las curativas y rehabilitadoras que en las preventivas. También se destaca la eficacia del tratamiento, las que funcionan según el principio de extinción.
- La relación médico- paciente: se destaca la satisfacción del paciente, consiste en un conjunto de evaluaciones de las dimensiones de cuidado del profesional sanitario y es una respuesta afectiva a ésta. Otro aspecto es la característica de la comunicación que establece con el médico, permite que el paciente pueda comprender la

información que se le está dando sobre la prescripción o recomendación, y constituye el primer paso para que la acepte, la recuerde y la cumpla.

- Aspectos psicosociales del paciente: se reconoce primero las creencias del paciente asociadas a la percepción de amenaza a la salud o consecuencias ocasionadas por una enfermedad, la estimación de riesgos, y por otro lado la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria y la creencia de que la respuesta será eficaz.

Ahora bien, este tema se lo puede apreciar en una investigación donde se abordó la hipertensión arterial. En el mismo, Marín Reyes y Rodríguez Morán (2001) consideraron que el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se vincula sobre todo con la falta de apego al tratamiento. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica (como la hipertensión) ha de percibirlo como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego. Por lo tanto, este estudio demuestra que para lograr la adopción permanente de las acciones prescritas el entorno familiar puede modificarse, de manera que el apego al tratamiento se vincula de forma directa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo, siendo el factor más relevante. La participación de los enfermos y sus familiares implican modificaciones del estilo de vida, que no puede lograrse sin la participación conjunta de la familia. Sin embargo, se debe tener en cuenta que también influyen diferentes condiciones sociodemográficas.

De esta forma, estos investigadores destacan que el enfermo que acude a consulta por descontrol se le debería considerar los aspectos relacionados con el entorno familiar, ya que los mismos, al ejercer una influencia significativa sobre el apego al tratamiento, podrían ser una de las causas de la falla terapéutica. Sus resultados mostraron que los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar, y a partir de allí desprenden la necesidad de dirigir las acciones de intervención

orientadas al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de la familia.

Por otro lado, también se han realizado investigaciones en donde se analizan las relaciones existentes entre apoyo social y la adhesión a los tratamientos antirretrovirales de pacientes VIH+, ya que a pesar de que se tenga acceso a este tipo de tratamiento muchas veces no se cumplen con lo prescrito. Produciendo una preocupación en los equipos de salud, por lo que se ha intentado encontrar aquellos elementos asociados con la no adherencia al tratamiento (Ahumada, Escalante y Santiago, 2011).

Ladero, Orejudo y Carrobles (2010) comprobaron que existen diferencias en relación a la variable considerada y los pacientes con buena adhesión, los que no presentan adhesión, los que inician tratamiento y aquellos que lo abandonan. Señalan que los tratamientos de probada eficacia para los pacientes infectados por el VIH/SIDA, se han visto limitados por varios factores, destacando así la necesidad de contar con la colaboración del paciente para cumplimentar las pautas farmacológicas prescritas durante largos periodos de tiempo, por ello la importancia de la adhesión. Se podría hablar de mejores resultados terapéuticos en los tratamientos cuando los pacientes se sienten más apoyados tanto desde sus propias familias como desde los técnicos sanitarios, al tener mejor acceso para iniciar el tratamiento o trabajar recaídas (Préau et al., 2006; Ballester, 2003). En general, se puede entender que la relación entre el sentirse apoyado y la forma de enfrentar cualquier enfermedad, sea aguda o crónica, se deba, quizás, a que el apoyo social funcionaría como amortiguador de los estados de ánimo negativos (Gustafsson et al., 2006). En contraposición de aquellas personas que se enfrentan solos a sus problemas y que no se sienten apoyadas por su entorno más inmediato, podría observarse un aumento en el abuso de sustancias (Garrity et al., 2006).

Resaltan que la adhesión a la medicación antirretroviral cambia con el transcurso del tiempo respecto a la variable percepción de apoyo social. Dado que los pacientes perciben en general una pérdida significativa del apoyo social, siendo diferente en cada uno de las personas, presente especialmente

en aquellos que permanecen no adherentes con el paso del tiempo. Por lo tanto, han concluido que el papel del apoyo social resulta muy importante tanto en el inicio, como en el mantenimiento de la adhesión (una vez establecida), cumpliendo un papel relevante también, en la pérdida de la misma.

Cada uno de los estudios manifiesta, por lo tanto, que aunque existen procedimientos terapéuticos eficaces, también se puede hallar la escasa adherencia terapéutica y las recaídas que amenazan los resultados; se demuestra que el apoyo social puede incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, al animar al enfermo a mantener el régimen médico y ejecutar las acciones necesarias para volver a la vida normal; esto puede provenir de la familia, amigos o grupos de autoayuda (Alfonso, 2003). Resultará ser un buen predictor para “continuar en el tratamiento de deshabitación del juego patológico”, por lo que se sugiere que el tratamiento debe comenzar con la identificación de una red de apoyo y la participación de esta red en el cuidado del paciente (Montesinos, Lloret, Vicente y Aracil, 2016).

Es así que Ahumada, Escalante y Santiago (2011) sostienen que tener en cuenta el ambiente social, es reconocerlo como un complejo sistema estructural, cultural, interpersonal y psicológico, con propiedades adaptativas y de ajuste frente a determinadas situaciones relacionadas con los procesos salud-enfermedad y también como un sistema contenedor de elementos estresantes y/o amortiguadores del mismo.

3.4. El papel del Psicólogo: ¿Cómo interviene para que las redes de apoyo social faciliten la adherencia al tratamiento?

Este es un aspecto a tener en cuenta dentro del tema que pretendí abordar sobre la obesidad y sobrepeso. Ya se ha señalado, en el apartado anterior, que el apoyo social es fundamental en los inicios y durante los tratamientos para su mantenimiento, sobre todo cuando estos se convierten en procesos largos.

Se ha considerado que los tratamientos de las personas con dicha problemática de salud (a saber: dieta, terapia, uso de fármacos, cirugía, entre otras), son una fuente de estrés o amenaza debido a las posibles consecuencias psicopatológicas por el seguimiento de dietas o planes alimentarios restrictivos, que implican un cambio en el patrón de conducta alimentaria para regular la ingesta; por los ciclos de pérdida- recuperación de peso, que pueden llevar un círculo de dieta- no dieta; y por el grado de estigmatización social del que son objeto de padecimiento, estos mismos pueden generar mayor irritabilidad, nerviosismo, ansiedad, sentimientos de tristeza, frustración y debilidad (García, 2018).

Respecto a la experiencia de estigmatización y prejuicio social, esta puede presentarse en distintos ámbitos: la familia, el grupo de pares, la escuela o el trabajo e incluso en los servicios de salud. Llegando a desarrollar en la persona, como consecuencia, un autoconcepto negativo como así también un impacto negativo en la identidad y baja autoestima, ya que se basa en el debate acerca del grado de control que tienen sobre la enfermedad o su conducta para iniciar y sostener un plan alimentario saludable. De esta forma, el mismo entorno lo posiciona en una vulnerabilidad psicológica, provocando un rechazo a los ejercicios físicos y los deportes, e incluso una menor participación en los tratamientos (en la adherencia terapéutica) (García, 2018).

Ante esto, cabe destacar que el apoyo de la familia (y todo entramado social cercano) se relaciona con el cambio de conducta y con los resultados a largo plazo. Por lo cual, un ambiente familiar disfuncional puede condicionar una mayor ingestión de alimentos o impedir que el individuo obeso se comprometa a llevar un tratamiento adecuado, convirtiéndose en una fuente de estrés psicológico, ya que presenta dificultades para adaptarse, para resolver conflictos; la rigidez y la resistencia de sus miembros provocan la persistencia de los problemas y condicionan la aparición de síntomas o de conductas dañinas. Entonces, la dinámica familiar es un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro; una alteración de la misma se convierte en un factor de riesgo que puede originar obesidad o

influir en su perpetuación (Jaramillo Sánchez, Espinosa de Santillana y Espíndola Jaramillo, 2012).

Ahora bien, comprendiendo esta parte de la realidad que puede atravesar cualquier persona inmersa en un tratamiento, me centraré en describir cómo podría llegar a intervenir el Psicólogo.

Éste muchas veces trabaja en las instituciones dentro de equipos interdisciplinarios, como en el caso de la institución Cidesa. La interdisciplina refiere a una perspectiva de trabajo “interparadigmático”, significa que abarca la relación y el diálogo entre distintas disciplinas que parecían no tener temas en común. No es una sumatoria de saberes, ni la aglutinación de actos, sino que trata una puesta en común, otorgando otras formas de conocer, analizar y abordar un fenómeno (Mucci y Benaim, 2005).

Implica “el encuentro y la cooperación entre dos o más disciplinas, aportando cada una de ellas (...) su forma de definir los problemas y sus métodos de investigación.” (Bottomore, 1982, citado en Mucci y Benaim, 2005, p. 131)

Esta situación da cuenta que las enfermedades orgánicas (y en este caso la obesidad) no son exclusivamente dominio de la medicina. Dentro de esta interacción, la psicología asiste, favorece, junto con otras profesiones, a la humanización de la práctica médica y permite aumentar las estrategias de intervención.

De esta manera, conforman en su conjunto el Apoyo Instrumental, que también tiene efecto sobre la adherencia al tratamiento, ya que la relación médico- paciente humanizada deberá permitir un diálogo, donde la comunicación e información sea fluido y bidireccional para que el enfermo exprese sus interrogantes, preocupaciones, dudas y cómo actuar para resolverlo. Permitirá conocer sus derechos, los deberes del equipo de salud y el propio compromiso con la situación. Esto dará lugar a que el paciente se apropie y sea protagonista de la situación para participar activamente con su asistencia al tratamiento (Mucci y Benaim, 2005).

Entonces:

“El psicólogo jugará, en este punto, el papel de facilitador en el desarrollo de la alianza con el médico y la búsqueda de cooperación del paciente a través de la motivación”. (Martín Alfonso, 2003, p. 280)

También cabe destacar que para la intervención se debe considerar, por un lado, el autoestima, dado que estas personas “tienden a presentar una imagen sobredimensionada o distorsionada de sí mismo, que puede deberse por la actitud que la familia ha tenido respecto a su cuerpo” (Guillén Riebeling, 2014 p. 42), además, es un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, y se establece que una mejora de esta misma en los pacientes obesos proporciona una seguridad en la capacidad para alcanzar más formas de afrontamiento de los conflictos y reducción de peso (Beato y Rodríguez, 2004, citados en Sánchez, Benavides y Ramírez, 2005).

Por otro lado, se contempla que la familia y todo el entorno social deben ser preparados para no dejar sola a la persona con su sufrimiento (Martín Alfonso, 2003); pueden intervenir para ayudar a lograr los objetivos prescritos, y para ello se requerirá la modificación de muchos hábitos que definen el estilo de vida individual de cada cliente. Esto será alcanzado a través de la creación de contextos adecuados para la generación de los nuevos comportamientos que optimicen el éxito. En este sentido, se ha de aprovechar todos los recursos personales, familiares y sociales de la persona para reforzar el nuevo repertorio de conductas.

Consistirá, entonces, siguiendo a Amigo Vázquez y Fernández Rodríguez (2013) en ir comprometiendo tanto a la familia en el nuevo estilo alimentario que podría ser una vía para estimular el cambio de hábito, al facilitar la preparación de los alimentos y el control estimular, como así también a la red social que permitirían que la práctica de la actividad física pudiera ser, a la vez, una forma de establecer y mantener el apoyo social, al buscar personas y lugares comunes donde hacer ejercicio. Si no existen estos recursos, habría

que buscar con el cliente otros modos de promover su modificación de conducta.

Por último, me gustaría señalar que Guillén Riebeling (2014) ha postulado, desde una mirada sistémica, que para alcanzar el mantenimiento de los tratamientos para las personas con obesidad se debe lograr:

- Concientizar que el cambio es personal y no familiar, ya que en el caso de la obesidad, si el individuo no limita su consumo calórico por más que la familia colabore, el paciente no alcanzará ningún cambio en su peso o figura.
- Redefinir la función de su rol sintomático dentro del contexto familiar, esto permite captar si funciona como instrumento de interacción o como desviador de la disfuncionalidad familiar.
- Difundir que debe evitarse la tendencia familiar a seguir agrediendo o dirigiendo al paciente identificándolo como obeso, esto será concientizar que el paciente es realmente un enfermo, y que si la conducta de su sistema no cambia, el obeso tenderá a seguir subiendo de peso.
- Plantear una visión futura de que el cambio se va a dar, y que sucederá con él cuando desaparezca su síntoma de la obesidad. Esto puede tanto inducir el cambio como las desventajas del no cambio.
- A través de la alianza terapéutica con el paciente, frente a su deseo de cambio, permite al terapeuta hablar de su obesidad tanto dentro del contexto del sistema familiar como de la forma en que la situación se modificaría si desaparece el síntoma.

Por lo tanto, “la postura de la familia resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida (...)”(Sánchez, Espinosa de Santillana y Espíndola Jaramillo, 2012, p. 489). Pero debe considerarse que no es necesario cambiar a toda la familia para que el paciente cambie. Así, el primer acercamiento con el paciente o la familia debe focalizarse en la modificación de las conductas que perpetúan la situación problemática, será lograr que se haga algo diferente (Minuchin, 1979; Minuchin, Rosman & Baker, 1978; Stierling,

1989, citados en Riebeling, 2014). Para ello, el entorno deberá mostrar su apoyo constante, que no significa estar al lado de la persona enferma, sino que éste perciba el apoyo y se satisfagan sus necesidades tanto físicas como psicológicas. Ayudarlo a resolver asuntos pendientes, tanto espirituales como materiales, a encontrar sentido a lo que está ocurriendo, a buscar nuevos y esperanzadores objetivos, reconciliándose con la situación (Martín Alfonso, 2003).

4. METODOLOGÍA

Este trabajo es una investigación cualitativa, y para llevarla a cabo no utilizaré métodos estandarizados ni el análisis de los contenidos serán estadísticos, sino que, para su realización, me basaré en un diseño de investigación de tipo fenomenológico: ya que el objetivo será describir y entender el fenómeno en estudio y su significado, tomando las experiencias y percepciones de los pacientes para alcanzar un análisis del discurso o de temas específicos.

En este caso, será abordar la relación del fenómeno de las redes de apoyo social y los tratamientos de las personas con sobrepeso y obesidad que acuden a Cidesa.

4.1. Descripción de la Institución.

Está basada en las prácticas profesionales supervisadas del área psicología social, que se llevó a cabo en el centro Cidesa (Centro Integral de Salud Alimentaria), ubicado actualmente en la calle Batalla de San Lorenzo N° 1140 en San Miguel de Tucumán. Este mismo es un centro que brinda su atención al público en general, pero tiene una mayor recurrencia de mujeres jóvenes y adolescentes que desean bajar unos kilos para estar listas para el verano (son pedidos de tratamiento por cuestión estética).

El tratamiento que brinda consta de dos etapas: Descenso y Mantenimiento, ambos cuentan con un determinado Grupo Terapéutico supervisado por Psicólogos, de diferentes orientaciones teóricas, que comparten el mismo objetivo: dar solución a los problemas causados por los desórdenes alimenticios (obesidad y sobrepeso) a través de la mejora de los hábitos. Destaco aquí, que la posición del psicólogo es pasiva, de guía y orientador en el tema a trabajar en el día, con ello se busca la participación activa de los pacientes, es decir que son los mismos miembros del grupo los que realizan aquellas intervenciones pertinentes entre ellos.

También cuentan con el apoyo y ayuda de otros profesionales/ expertos de distintas áreas o disciplinas: Médico, Nutrición y Actividad Física, que en conjunto llevan a cabo un trabajo interdisciplinar para que estos pacientes adquieran las herramientas necesarias, con el fin de lograr el cambio en su conducta y mantengan un peso ideal.

Para el ingreso, deben pasar por un Grupo de Inicio, en donde se establece el primer encuentro entre el Paciente, quien inicia el tratamiento, y el Terapeuta. En ella se realiza una breve entrevista a fin de recoger información que sea relevante, respecto a los hábitos alimenticios, el desarrollo de su vida diaria, si hubo alguna situación o momento crítico en su ciclo vital, si se encuentra realizando algún tratamiento médico por problemas de salud, entre otros. Esto quedará registrado en una encuesta, el cual deben completar, y en donde se observa, también, la forma de cómo se perciben, cómo les gustaría estar y su consumo en fiestas o encuentros con amigos. Para finalizar el encuentro, se realiza la elección de los horarios para el inicio del Grupo Terapéutico, que acompañará a la persona durante esta primera etapa de descenso.

Con respecto al grupo, al cual ingresé e integré durante dicha práctica, y del que parto para llevar a cabo este trabajo, corresponde a la etapa de descenso de los días miércoles a horas 18. Este mismo estaba conformado por alrededor de 8 a 10 personas (número que variaba y oscilaba cada semana) de ambos sexos, cuya edad superaban los 28 años, por lo que los ubicaré dentro del grupo etario de los adultos jóvenes.

4.2. Observación Participante.

Los datos fueron obtenidos a través de la Observación Participante. Es una técnica que permite explorar contextos, ambientes y los aspectos de la vida social; describir las actividades que se desarrollan, las personas que participan en estas mismas y sus significados, como así también comprender los

procesos vinculares. Esto permitirá identificar los problemas para, a partir de ello, generar hipótesis.

Utilicé como herramienta un cuaderno para anotar todos aquellos aspectos del discurso que fueron de mi interés o que despertaban mi atención, especialmente los relatos del modo de comportamiento, durante la semana, frente al tratamiento de esta problemática.

A continuación, se exponen las observaciones más relevantes:

1. Se lleva a cabo uno de los encuentros en el que participaron 8 miembros del grupo, incluyendo 3 nuevos integrantes. Contextualizando el mismo, se tuvo la visita de la Lic. en Nutrición, con quien, en conjunto con la Psicóloga- coordinadora, abordaron y trabajaron temas respecto a la construcción de nuevos hábitos, la organización de las tareas del día a día (como dejar preparado el almuerzo) y el conocimiento de la diferenciación entre dieta y el plan alimentario, que llevan a cabo.

Este espacio, a mi parecer, tenía el propósito de otorgar información para desmitificar cuestiones relacionadas al ámbito de la salud, sobretodo alimenticio, como así también para sacar algunas dudas e inquietudes que surgían y planteaban los pacientes.

Me llamó especialmente la atención el comentario y la situación de uno de ellos. Cuando empezó a hablar, manifestó que acababa de retomar el tratamiento, y expresó que una de las razones por las cuales lo había abandonado se debía a la dificultad para integrarse en los encuentros familiares, por el hecho de tener que comer algo diferente frente a los demás o la “incomodidad” de tener que llevar su propio *tupper*, también citó *“me daba hasta vergüenza comer una manzana en la calle”*.

La intervención que realizaron las profesionales en este caso, fue sobre el pensamiento y la conducta, trataron de sostener y reforzar un cambio de su conducta, en especial del hábito, remarcando la idea del “plan alimentario” como una forma de “alimentación sana, para toda la vida”, y no como un trámite, que tiene un comienzo y un fin. También la animaron para que continúe dentro de este proceso.

2. En otro encuentro con el grupo terapéutico, se habían abordado temas sobre la transgresión, la puesta de límites y la motivación.

En este caso, tomaré la situación de algunos pacientes que más despertaron mi atención y que se relacionan con el tema abordado.

El paciente nº 1, era uno de los nuevos ingresantes, y manifestó haber transgredido su dieta todo el fin de semana. Es una persona que convive con su conyugue, y sostiene que ambos están habituados a comprar comida hecha/ rápida, por el horario de la salida laboral. Expresó que había visitado la casa de sus padres (destacando que son gente de campo), y que su madre cocinó una comida “saculenta” y “de todo un poco” llenando la mesa, insistiéndole de “comer otra cosa por un día”. Respecto a su ámbito laboral, trabaja en una escuela donde realiza jornadas de horario corrido, en el cual, junto con el alumnado, llevan su propio almuerzo y comparten entre ellos.

Es una persona que mostró una actitud poco comprometida en el inicio del tratamiento, por la preferencia de comprar y comer comida rápida, ya que expresa “si ya comí una milanesa, continúo comiendo”.

El paciente nº 2, es una persona casada, con hijos, y atravesaba una situación particular con un miembro de la familia que se hallaba enfermo. Señala que esto le estaba causando estrés, ya que manifestó no contar con la ayuda suficiente por parte de la familia para el cuidado del enfermo, y ante esto, tampoco tenía tiempo para asistir a los encuentros con la nutricionista y a las actividades físicas que brinda el Centro. También habló sobre la poca colaboración en su casa, en relación a que no respetaban los alimentos que ella debía consumir por su plan alimentario, tomó como medida tener que esconder algunas cosas, como por ejemplo en la heladera en el sector de las verduras. A la vez señala, que ante esto, debe amoldar su plan como quiere y a la medida de sus posibilidades.

Otro hecho, que fue común entre la mayoría de los presentes, refería a las juntadas con amigos. En este caso, uno de los integrantes sostuvo que “es preferible no juntarse” y manifestó, también, sentir temor de sufrir

burlas por parte de sus pares por “comer solamente ensalada o un pollo en medio de un asado”. A lo que otro agregó que para evitar esto “hay que hacer las cosas a escondidas”, refiriendo que ninguno de sus amigos sabía que estaba realizando un tratamiento para bajar de peso. También llegaron a abordar sobre la dificultad, para algunos, de abstenerse de tomar alcohol, habiendo expresado “comenzas tomando una cerveza, y una cosa termina llevando a la otra”, “si no tomo no me divierto”, ambos pacientes se estaban refiriendo en los excesos por los que pasan, mostrando una falta de límites.

3. Otro momento que me gustaría exponer consistió en que muchos integrantes expresaron: “no quiero venir más”, una queja que se repetía por no ver resultados en el tratamiento al seguir correctamente la dieta, sin transgresiones, y hacer actividad física. Expresaban estar cansados por tener algunas lesiones y por no poder bajar de peso, pero sí lograban mantenerlo.

También hubo otra situación de un paciente, quien había retomado nuevamente el tratamiento, después de un viaje que realizó por problemas familiares. Comenta, además, que en aquel tiempo no tenía ganas de seguir con el mismo, había recuperado el peso y no realizaba las actividades físicas que el centro brinda, trabaja de chef por lo que a veces se sentía tentado con las comidas que elaboraba, pero resistía y sostenía su plan alimentario. Al mismo tiempo compartió muchas opciones para cocinar o acompañar los diferentes alimentos que sean adecuados al plan. Agregó que una razón por lo cual regresa a Cidesa fue: “volví para sentirme mejor”.

Por último, señalo otro tema que fue común entre todos y que venía generando mucho malestar como grupo. Consistía por un lado, en la falta de organización para realizar las actividades en el gimnasio y el mantenimiento del ambiente. Señalaban que había horarios en el que concurrían muchas personas, excediendo el cupo, y la presencia de hijos de compañeros que ocupaban las maquinarias como asientos o lo

usaban como juego, causando la incomodidad e imposibilidad para desenvolverse en el espacio y una inseguridad por los objetos personales.

Por otro lado, también expresaron la existencia de una falta de comunicación tanto entre los profesionales del centro como de las autoridades encargadas del mismo, para con los pacientes. Señalaron que había fuertes ausencias de los profesionales encargados de las actividades físicas, cambios de nutricionistas sin conocer las razones (con quienes los pacientes dijeron “no sabía utilizar la balanza, por lo que esta semana no pude pesarme”).

4. Respecto a la figura del psicólogo, se podría decir que la posición que brindan estos profesionales de Cidesa es pasiva, de guía y de orientación al trabajar dentro de un grupo terapéutico. A través de este lugar lo que se busca es la participación activa de los pacientes, es decir que los mismos integrantes del grupo son quienes realizan las intervenciones o los consejos pertinentes entre ellos.

La Psicóloga, coordinadora del Grupo al que asistí, realiza sus intervenciones y aborda las diversas problemáticas, desde la orientación teórica de las Terapias Cognitivo- Conductuales.

5. ARTICULACIÓN

A partir de las observaciones y las vivencias expresadas por los pacientes de Cidesa, especialmente del grupo de los miércoles al que integré, que fueron obtenidas a partir de las actividades que se llevaban a cabo en cada encuentro semanal, realizaré una articulación con todo lo expuesto hasta aquí.

Se puede observar que estas personas con sobrepeso y obesidad, que se encuentran bajo tratamiento, presentan una red social (familiares y amigos) poco colaborativa en la proporción de sostén y el apoyo necesario, para que éstos lleven a cabo las actividades que se les brinda o alcanzar los objetivos propuestos, como bajar de peso a través del cambio de hábitos alimenticios. Esto es congruente con lo que Marín Reyes y Rodríguez Morán (2001) refieren respecto a que las enfermedades crónicas atentan contra la estabilidad de la familia, y señalan que si ésta no se modifica para ayudar a la persona, declina el nivel de apego al tratamiento. Por lo cual la partición del enfermo y los familiares implica una modificación en el estilo de vida.

Por otro lado, también corresponde a lo que plantearon Quiles, Perol Centro y Quiles Sebastián (2003) sobre los sujetos con trastornos alimentarios: estos se muestran más insatisfechos con sus redes de apoyo social, más ansiosos e incómodos, cuyas redes suelen ser más pequeñas y perciben menor apoyo social por parte de la familia y amigos. Esto se ve reflejado en los dichos de los pacientes cuando expresan no querer asistir a las juntadas con amigos por las burlas, vergüenza, o no contarle a nadie que está bajo tratamiento para bajar de peso.

Si bien, todos nosotros como personas emergentes e integrantes de una red social, la percibimos, cada uno, como significativa y diferenciada de la sociedad, no siempre garantiza la provisión de apoyo. Ya Sluzky (1998) había señalado el interés de analizarlo, dado que no todo apoyo es útil sino que depende del momento, de las características de quien lo proporciona, y de la duración, siendo de vital importancia en procesos largos como en las enfermedades crónicas (Varela, 2009).

En este sentido, se podría constatar la influencia que puede tener el apoyo del entorno o de la red social, al que se pertenece, en la adhesión al tratamiento, sobre todo ante estos casos en el que algunos integrantes querían abandonarlo por no notar resultados (bajar de peso) o en aquellos que lo abandonaron y volvieron a retomarlo. Ante esto, tal como lo plantean Ladero, Orejudo y Carrobles (2010), el papel del apoyo social resulta importante en el inicio, en el mantenimiento, en las recaídas y en la pérdida de la misma, ya que funcionan como amortiguador de los estados anímicos negativos. Por lo que, cuando los pacientes se sienten más apoyados, tanto desde las familias como desde lo técnico sanitario, se podría hablar de mejores resultados terapéuticos, en los tratamientos (Varela Montero y Barrón, 2009). Esto indicaría que los mismos profesionales de la salud, que intervienen en el proceso del tratamiento, pueden ocupar ese lugar cuando la red social es débil para proveer y potencializar los recursos de la persona.

A pesar de que en este trabajo abordó la variable Apoyo Social, se puede apreciar la presencia de los otros factores que Martín Alonso (2003) señaló que intervienen en la adherencia terapéutica. En primer lugar, la naturaleza de la enfermedad (sea crónica o aguda), puesto que hay una menor implicancia cuando se trata de enfermedades crónicas y asintomáticas, por la percepción de la gravedad que el paciente pueda tener. Otro factor se refiere al tipo de régimen terapéutico, en cuanto a la complejidad, la duración y el tipo de tratamiento, si es curativo, preventivo o rehabilitador, sobre todo si la terapia se alarga. También aparecen en el espectro de los factores intervinientes, los aspectos psicosociales del paciente, donde sus creencias se asocian con la percepción de amenaza a la salud o consecuencias ocasionadas por una enfermedad. La relación médico- paciente constituye el primer paso para la aceptación, el recuerdo y el cumplimiento. Con respecto a este factor, específicamente, es un aspecto que se presentó con mucha impronta y que se pudo observar en forma de queja manifiesta de los pacientes hacia el Centro y a los profesionales, generando malestar, sea por la falta de organización, por el trato de algunos profesionales o la falta de comunicación entre ellos. Es así que se podría inferir que habría una insatisfacción por el personal, y que esto

impediría el cumplimiento y el apego al tratamiento. Cabe indagar cómo el psicólogo jugará su papel de facilitador en el desarrollo de la alianza con el médico y cómo buscará la motivación del paciente (Martín Alfonso, 2003) ante este clima del Centro.

Por otro lado, retomando la situación expresada como “no quiero venir más”, se podría señalar que hay una incidencia en la autoestima de estas personas, ya que se notaría cierta inseguridad y desconfianza en sus facultades (por no ser capaz de bajar de peso, a pesar de llevar al pie de la letra el tratamiento), esto generaría la falta de motivación y pensamientos negativos que, tal vez, llevan al impulso de querer abandonar el proceso (Sánchez, Benavides y González Ramírez, 2005).

Así mismo, a partir de una mirada general de esta experiencia en Cidesa, considero importante tener en cuenta si esta cuestión de iniciar un tratamiento para bajar de peso se debe a razones realistas, es decir que los motivos están relacionados a la salud tanto física como psicológica, o si lo hacen por una preocupación en la imagen corporal que la sociedad demanda hoy en día (como se lo fue explicitando en el apartado histórico) y que los medios de comunicación difunden, lo cual provoca, como señalan Vázquez y Rodríguez (2013), que muchas mujeres que no muestran problemas de salud traten, de modo reiterado, de perder peso.

Por último, respecto a la figura del psicólogo, ya se señaló que su presencia e intervención (como otros profesionales) tendría efectos sobre la adherencia al tratamiento. Las intervenciones de la psicóloga - coordinadora del grupo al que asistí, estaban dirigidas a la puesta de límites sobre los otros y sobre los mismos integrantes, podría decirse que trabajaba sobre esta estigmatización social que pone en tela de juicio el grado de control de estos pacientes sobre la enfermedad o su conducta para iniciar y sostener un plan alimentario saludable, y que genera esta vulnerabilidad psicológica (García, 2018). También realiza un trabajo sobre la autoestima, ante aquellos casos en que los pacientes no notaban estar bajando de peso, ayudándoles en centrarse en los logros que vienen alcanzando y ofreciendo otra manera de apreciar la imagen

del cuerpo en este proceso de descenso, por ejemplo, a través de la ropa que usaban. En este sentido, trabajar este aspecto resulta fundamental ya que siguiendo a Beato y Rodríguez (2004, citados en Sánchez, Benavides y Ramírez, 2005) sabemos que es un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria y la mejora de esta misma proporciona una seguridad en la capacidad para afrontar los conflictos y lograr la reducción de peso.

Riebeling (2014) sostuvo que no es necesario cambiar a toda la familia para que el paciente cambie, sino en focalizarse en la modificación de las conductas que perpetúan la situación problemática. Y esto es lo que se pudo observar en la función, el rol y en las intervenciones que realizó la psicóloga del grupo terapéutico que integré, que estuvo enfocado en brindar un espacio por donde canalizar las problemáticas y entre todos encontrar las formas más adecuadas para resolverlas.

6. CONCLUSIÓN

El presente trabajo se desarrolla a partir de una inquietud que surgió durante las Prácticas Profesionales Supervisadas del área de Psicología Social, lo que permitió investigar la influencia de la red de apoyo social en el tratamiento de los adultos jóvenes con sobrepeso y obesidad.

Este es un proceso que resulta de una indagación teórica tanto de la bibliografía estudiada en la Carrera, específicamente del marco de la psicología social y la terapia cognitiva-conductual, como de otras fuentes. En este sentido, este marco conceptual que se desarrolló permite profundizar el concepto de sobrepeso y obesidad; la influencia de las Redes de Apoyo Social en la adhesión al tratamiento, en investigaciones sobre los tratamientos antirretrovirales y de terapia antihipertensiva; y observar el papel del psicólogo en la mejora de la adhesión y motivación.

A partir de estas indagaciones y búsquedas, he podido dar respuesta a los objetivos planteados inicialmente. Por lo que se puede inferir que hay una influencia de las redes de apoyo social en la adhesión al tratamiento de los adultos jóvenes con trastorno de alimentación de la Institución Cidesa. En correlación a esto, también se puede señalar que la presencia de cualquier red que proporcione apoyo a la persona es importante para el tratamiento, sobre todo en el inicio, en el mantenimiento, las recaídas y la pérdida. Sin embargo, no toda red social es útil y proporciona el apoyo, además puede llegar afectar la autoestima, por la presencia de la estigmatización social y cultural que dejan a las personas con obesidad y sobrepeso bajo una vulnerabilidad psicológica. Por último, este trabajo resultó interesante para observar el papel que puede jugar el psicólogo, para mejorar la adhesión y lograr el apego en el tratamiento, da cuenta de que es fundamental el trabajo constante en la motivación de los pacientes para que sean los protagonistas y partícipes activos del mismo, las intervenciones para mejorar la autoestima, y, sobre todo, convertirse en el apoyo instrumental, emocional e informacional cuando no lo consiguen en la familia.

7. PROPUESTAS

A partir de la experiencia en la práctica realizada en Cidesa, y teniendo en cuenta que el sobrepeso y la obesidad son problemas complejos, una epidemia que a nivel mundial sufren muchas personas y de gran riesgo para la salud pública, por no encontrar soluciones, mis propuestas se dirigen a mejorar en los pacientes la adhesión a los tratamientos y lograr que las redes sociales de cada persona sean un apoyo para el mismo. Por lo tanto, planteo lo siguiente:

- Considero que habría una falta de conocimiento respecto al rol o el papel que pueden cumplir cualquier persona, sean allegados o no, que conforman el entorno social (familiar, amistades, de trabajo, etc.) de quien está bajo tratamiento, en este caso los que están para tratar el sobrepeso y la obesidad. Por lo que, para abordar este punto, sería fundamental que se realice una prevención primaria a nivel comunitario, es decir, tratar de promover información a través de una mayor difusión sobre la función que podríamos llegar a cumplir para mejorar la adhesión en tratamientos.
- En relación con el punto anterior, también se debería profundizar y concientizar respecto a la obesidad, ya que es una enfermedad crónica, un factor descuidado con mayor índice de morbilidad y mortalidad. Esto ayudaría a disminuir la estigmatización social sobre las personas que las padecen.
- Particularmente en Cidesa, en la entrevista inicial, que se lleva a cabo cuando nuevos pacientes están por ingresar e iniciar el tratamiento, sería oportuno que se realice una indagación más profunda respecto al propio entorno social con el que cuentan. Esto podría servir para conocer y pesquisar si encontrarán en ellos el apoyo necesario que le permita alcanzar una mejor adherencia al tratamiento. De lo contrario si se percibe que éstos son débiles para el tratamiento, deberían ser los profesionales implicados en este trabajo, especialmente el psicólogo, quienes suplementen aquel espacio proporcionando su apoyo.

- Considero importante que al realizarse un trabajo interdisciplinario, se debería mejorar la comunicación entre los profesionales a través de ateneos o reuniones.
- Por otro lado, a pesar de que se trabaje en forma grupal en algunas actividades que ofrece el tratamiento, deberían rescatar la individualidad de cada paciente. Tener en cuenta este aspecto serviría para alcanzar un trabajo constante sobre la motivación, especialmente ante aquellas personas que lo requieran en mayor medida.
- Propongo que se lleven a cabo futuras investigaciones respecto a este tema sobre otras variables que también pueden influir en la adhesión al tratamiento.

8. Bibliografía

- Ahumada M., Escalante E. y Santiago I. 2011. Estudio Preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/ SIDA. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15 (1), 55-70. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630257002>
- Alvarado Sánchez, A., Guzmán Benavides, E. y González Ramírez, M. 2005. Obesidad: ¿baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (2), 417-428. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210214>
- Amigo Vázquez, I. & Fernández Rodríguez, C. (2013). El papel del Psicólogo clínico en el Tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Papeles del Psicólogo*, 34 (1), 49-56. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77825706005>
- Aspillaga H. C., Cruzat M. C., Torres M., Haemmerli C., Pérez C., García A., Díaz M., Vidal C., Llona V. & Gana C. (2012). Vivencias subjetivas de adolescentes con obesidad respecto a su tratamiento. *Revista Chilena de Nutrición*, 39 (2), 191-199. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46923867008>
- Castillo Ruiz O., Téllez Luis S. J. & Rodríguez Castillejos G. C. (2013). Factores que influyen en la prevención y tratamiento efectivo de la obesidad infantil. *Investigación y Ciencia*, 21 (59), 57-63. Aguascalientes, México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67430113007>
- Doval, H. C. (2006). La epidemia de obesidad: ¿resolución individual o social? *Revista Argentina de Cardiología*, 74 (4), 341-348. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305326834016>

- Errandonea, I. 2012. Obesidad y trastornos de alimentación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (2), 165-171. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702948>
- Gambara Derrico, H. (1997). Reseña de "Apoyo social" de Ana Barrón. *Psicothema*, 9 (2), 457-461. Universidad de Oviedo. Oviedo, España. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709222>
- García, N. del V. 2018. Obesidad en la adolescencia: una compleja trama: estrés, afrontamiento y bienestar psicológico. Ed: UNSTA. Tucumán
- García, N. (2010). Importancia del Apoyo Social en la problemática de la Obesidad Infantil. *Calidad de vida UFLO – Universidad de Flores. Año I, N° 4.*
- Guillén Riebeling R. del S. 2014. Psicología de la obesidad: esferas de vida, multidisciplinaria y complejidad. *Editorial El Manual Moderno*. Recuperado de: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/unstasp/detail.action?docID=3226144>.
- Ibri N. 2007. Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. *Ficha de cátedra. Facultad de Ciencias de la Salud. UNSTA.*
- Jaramillo Sánchez, R., Espinosa de Santillana, I. y Espíndola Jaramillo, I. 2012. Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 50 (5), 487-492. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745497007>
- Ladero L., Orejudo S. y Carrobles J. A. 2010. Apoyo Social y Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes VIH+ en un Programa de Mantenimiento con Metadona. Un estudio Longitudinal. *Clínica y Salud*, 21 (1), 21-33. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180615542003>

- Marín Reyes F. y Rodríguez Morán M. 2001. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43 (4). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10643412>
- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (3), p. 275- 281.
- Montesinos R., Lloret D., Vicente S. J. y Aracil A. 2016. La percepción del apoyo social en jugadores patológicos y su relación con el éxito del tratamiento. *Clínica y Salud*, 27 (1), 15-22. Madrid, España. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180644972003>
- Mucci, M. y Benaim, D. 2005. Psicología y Salud: Calidoscopio de prácticas diversas. *Psicodebate* 6, p. 123- 137. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo.
- Portie Félix A., Navarro Sánchez G., Hernández Solar A., Grass Baldoquín J. & Domloge Fernández, J. (2011). Tratamiento quirúrgico de la obesidad patológica. *Revista Cubana de Cirugía*, 50, (2), 229-239. Recuperado: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281223027012>
- Tomayconza, H. F. s. f. Historia de la obesidad en el mundo. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerías/pdf/sitiosdecuba/historia_de_la_obesidad_en_el_mundo1_1.pdf&ved=2ahUKEwi.
- Varela Montero, I. y Barrón López, A. 2009. Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/unstasp/detail.action?docID=3196551>.